

REVISTA DE DERECHOS HUMANOS. SEPTIEMBRE 2017

Salud mental, depresión y suicidio en personas adolescentes y jóvenes



NÚMERO 9, AÑO XV, SEPTIEMBRE 2017

Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Los artículos firmados que aparecen en esta edición son responsabilidad de las y los autores y los no firmados son de la autoría de la cdhdf.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Dfensor, revista mensual de derechos humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año xv, número 9, septiembre de 2017, editada por el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la cdhdf. Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón, 01030, México, D. F. Tel.: 5229 5600, <www.cdhdf.org.mx>. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2015-061911445800-203. issn: 2395-9940.











Contenido



Fotografía: *Lugar secreto*, imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos 2017.

Salud mental, depresión y suicidio, llamadas de alerta entre personas adolescentes y jóvenes

Editorial

En un entorno donde permea la violencia, la inseguridad, la pobreza y la falta de oportunidades a nivel educativo y laboral, la depresión y el suicidio se han convertido en temas de salud pública que deben ser atendidos para frenar la vulneración a los derechos humanos a la salud –física y mental– y a la vida digna de las personas.

De acuerdo con instrumentos internacionales –así como leyes y reglamentos nacionales y locales– en materia del derecho a la salud y salud mental, el Estado está obligado a respetarlo, garantizarlo y protegerlo, cumpliendo con los estándares fundamentales a través de programas y mecanismos disponibles, accesibles, eficaces y de calidad que brinden a la población un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Algunos de los factores indispensables a tomar en cuenta en materia de salud mental son el desconocimiento y la estigmatización que aún rodean a las enfermedades o trastornos mentales.

Por ello, es importante recalcar que la estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento; priva a las personas afectadas de atención médica y apoyo especializado, vulnerando el pleno goce de sus derechos humanos.

Aunque en México ya existen políticas públicas de prevención del suicidio, se requiere de la intervención de otros sectores de la sociedad –como el educativo y el laboral; el de la justicia, la política y los medios de comunicación– para lograr un enfoque innovador, integral, multisectorial y eficaz.

En este contexto, y ante el aumento de casos de depresión y suicidio en personas adolescentes y jóvenes –de acuerdo con las estadísticas internacionales y nacionales– que se ha registrado a nivel mundial y principalmente en nuestro país y la capital, abordamos el tema en esta edición de *Dfensor*.

Asimismo, es fundamental señalar que el Estado mexicano tiene la obligación de generar conciencia acerca de las causas del suicidio con el fin de prevenir muertes prematuras. En ese sentido, cobra relevancia el establecimiento y la actualización de marcos normativos y estrategias de prevención conforme a los estándares internacionales, para así encarar el incremento de dicha situación.

Por ello, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal insta a las autoridades correspondientes a reforzar los mecanismos de prevención del suicidio y las políticas públicas multisectoriales que atienden los aspectos sociales, económicos y culturales, y de esta manera garantizar el derecho a la salud integral y a la vida de todas y todos. D



Fotografía: Mads Schmidt Rasmussen/Unsplash.

El derecho humano a la salud mental, la prevención y atención de la depresión y el suicidio de personas jóvenes en la Ciudad de México

Víctor Hugo Castellanos Lemus*

* Licenciado en Relaciones Internacionales por la Universidad Nacional Autónoma de México; cursa la maestría en Sexología en el Instituto Mexicano de Sexología. Actualmente es relator por los Derechos de las Personas Jóvenes en la Coordinación de Vinculación con la Sociedad Civil y de Políticas Públicas de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Con todo y el largo camino recorrido para alcanzar el reconocimiento de los derechos de las personas jóvenes en México, aún persisten problemáticas que les colocan como un grupo discriminado, por ello el autor analiza desde la perspectiva de derechos humanos, las acciones de las instancias de gobierno y visibiliza los pendientes de la agenda en materia de salud mental, depresión y suicidio.

La juventud, que en México delimita a las personas de entre 12 y 29 años de edad,[1] no siempre fue concebida como grupo social tal cual lo es en la actualidad. Fue a finales del siglo XVII y principios del XVIII que la juventud fue distinguida en algunos países como el periodo entre la infancia y la edad adulta. Antes de esta etapa las y los niños pasaban de los juegos de la infancia al trabajo, con el fin de proveer el sustento para sí mismos y sus familias.

Así, por décadas, la juventud sólo era garantizada a los hombres, ya que las mujeres continuaban transitando de la infancia a las actividades del cuidado de la familia y de las y los hijos; no accedían al trabajo formal y remunerado o lo hacían menos que los hombres ya que sus labores eran en el hogar, cuestión que comenzaría a cambiar hasta el siglo XX.[2]

Las instituciones públicas en México incluyeron a la juventud en sus políticas siguiendo diversas visiones: como objeto de tutela; como una población económicamente activa –importante en particular para el desarrollo económico–; como una población problemática o como personas en un periodo que, al ser breve, no requiere acciones de largo alcance, etcétera.

Las visiones institucionales se han cuestionado a través del enfoque de derechos humanos, sobre todo por organizaciones de jóvenes que en

la década de 1990 comenzaron a posicionarse como sujetos de derechos y visibilizaron su diversidad a través de las *juventudes*.

Para garantizar que el quehacer de las instancias de gobierno asegure el reconocimiento y la protección de los derechos de las personas jóvenes, se ha construido un conjunto de teorías y conceptos que articulan ideas para reconocer la dignidad de este sector de la población a través del cumplimiento de sus derechos humanos, denominada *perspectiva de juventudes*.[3]

Con todo y que se ha recorrido un largo camino para el reconocimiento de los derechos de las y los jóvenes, aún persisten problemáticas que les colocan en desventaja, por lo que resultan afectadas por la discriminación. Existen dificultades visibles e innegables como la falta de acceso a la educación universitaria y al empleo, por mencionar algunas, que las ponen en riesgo sobre todo en el entorno de violencia actual del país, lo que atenta contra la salud e incluso contra su vida.

Entre las problemáticas que afectan a las personas jóvenes, la depresión y el suicidio han cobrado relevancia en el contexto mundial y nacional debido a que presentan tendencias al alza, aquejando mayormente a este sector de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que a nivel mundial más de 800 000 personas mueren anualmente por suicidio, y es la segunda causa principal de muerte entre la población de 15 a 29 años de edad. De acuerdo con estimaciones, por cada suicidio consumado es probable que al menos 20 personas más hayan intentado suicidarse. Los números también refieren que más hombres cometen suicidio que las mujeres, sin embargo, más mujeres lo intentan.[4]

Entre las problemáticas que afectan a las personas jóvenes, la depresión y el suicidio han cobrado relevancia en el contexto mundial y nacional debido a que presentan tendencias al alza, aquejando mayormente a este sector de la población.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México de 2000 a 2014 se elevó la tasa de suicidios de 3.5 a 5.2 por cada 100 000 habitantes. Ocho de cada 10 suicidios, es decir, 80.2% fueron consumados por hombres y 19.8% por mujeres. Destaca que 40% de los suicidios en 2014 fue realizado por jóvenes de entre 15 y 29 años. En las personas de este grupo de edad la tasa alcanza 7.9 suicidios por cada 100 000 jóvenes.[5]

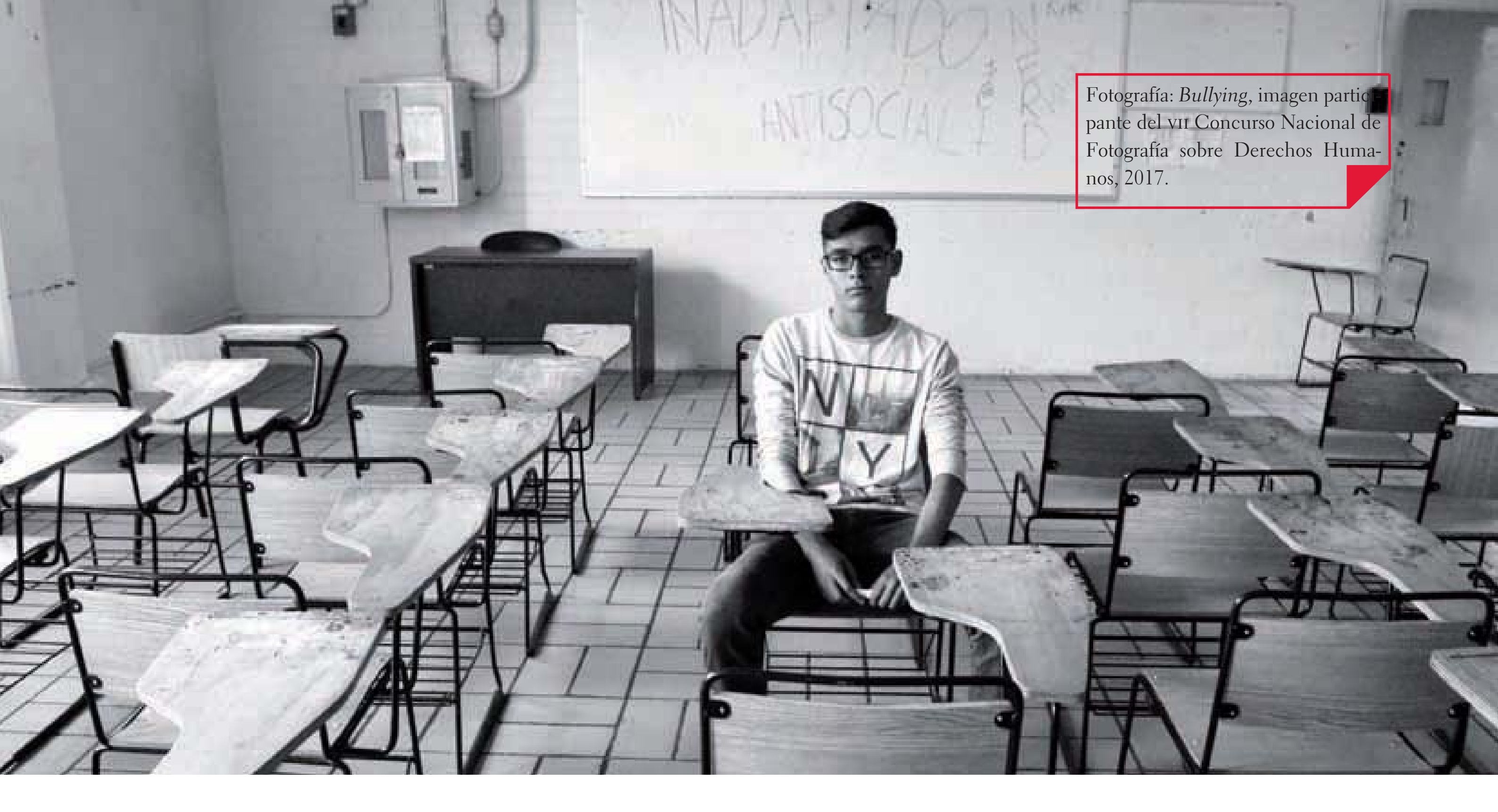
Desde 2003 la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés) ha promovido la conmemoración del Día mundial para la prevención del suicidio, el 10 de septiembre de cada año, en colaboración con la OMS.[6] Esto ha puesto énfasis en factores que obstaculizan la prevención del suicidio.

En 2016, la IASP refirió que los principales factores de riesgo del suicidio son problemas de salud mental –principalmente la depresión–, las barreras para acceder a la atención de salud y recibir los cuidados necesarios, la estigmatización que no coadyuva a la búsqueda de ayuda, así como la difusión inapropiada de imágenes y/o mensajes a través de los medios de comunicación.

Dichos medios tienen una gran responsabilidad sobre la información que emiten. Esto se relaciona con el hecho de dar el justo peso a los acontecimientos que se reportan. Tal es el caso del reto de la "ballena azul",[7] sobre el cual los medios de comunicación difundieron que en la Ciudad de México hubo el registro de una estudiante de secundaria que seguía las indicaciones del reto,[8] sin embargo, no se confirmó ningún suicidio cometido por razón de éste.

El número de notas sobre el reto de la "ballena azul" no se relaciona con los casos reportados, por lo que se debe analizar si la difusión de información, además de ser útil para implementar acciones de prevención, pudiera tener el efecto negativo de vulnerar la identidad de las víctimas y/o sus familiares, magnificar el problema y hacerlo atractivo para el público receptor, especialmente el de las y los jóvenes.

Se requiere de difusión que coadyuve a promover la salud mental y la prevención del suicidio en jóvenes: campañas para crear conciencia sobre la problemática y su importancia, así como dar a conocer las opciones de apoyo disponibles a los cuales pueden recurrir las personas jóvenes.



Fotografía: *Bullying*, imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos, 2017.

En la Ciudad de México, en 2013, se registró un aumento de la tasa de suicidios en jóvenes, colocando estos hechos como la tercera causa de mortalidad y morbilidad en las personas entre 15 y 29 años,[9] lo que evidencia la falta de políticas públicas y acciones para la prevención y atención de la salud mental y la prevención del suicidio.

Por su parte el Instituto de la Juventud del Distrito Federal realizó en 2015 el primer Diagnóstico sobre salud emocional en jóvenes de la Ciudad de México, en el que se resalta que 50% de las personas jóvenes encuestadas presentó infelicidad e inestabilidad emocional.[10] Por esta razón, el Gobierno de la Ciudad de México creó el Hospital de las Emociones, el cual hasta julio de 2017 había atendido a 21 492 personas, de las cuales 1 203 (5.5%) eran jóvenes que habían acudido por ideación e intento suicida.[11]

La depresión y el suicidio en personas jóvenes en la capital del país debe entenderse como una problemática multifactorial relacionada con aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que éste último responde al contexto actual. El Diagnóstico de Derechos Humanos de la Ciudad de México de 2016 sobre las personas jóvenes refiere que hay una falta de información actualizada y desagregada sobre la vigencia de los derechos de este sector, asimismo, una serie de vulneraciones derivadas de la criminalización de su participación en la protesta social, la deserción y falta de acceso escolar, la falta de información sobre los servicios de las instituciones de gobierno, entre otras.[12]

Por lo que respecta al ámbito médico, la OMS refiere que la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria y, en su forma más grave, puede conducir al suicidio.[13]

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la depresión puede afectar a cualquier persona y dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para obtener su sustento y reducir su sentido de la autoestima; sin embargo, resalta que incluso la depresión más grave se puede superar con un tratamiento adecuado.[14]

Como refiere la OMS, por cada caso de suicidio aproximadamente hay 20 personas que lo intentan,[15] quienes probablemente estén enfrentando una situación de depresión. Por ello es necesario que se considere la depresión como una enfermedad mental, no debe ser normalizada por la edad, ya que puede derivar en otros problemas de salud hasta llegar al suicidio.

El estigma que rodea a las personas afectadas por la depresión o riesgo de suicidio reduce la posibilidad de intervenir para su atención efectiva. Por lo que resulta necesario dimensionar las problemáticas para no sobre estimarlas a través de prejuicios y estigmas que conlleven a la discriminación y eliminen las oportunidades para prevenir el suicidio.

La atención y prevención de la depresión y del suicidio se enmarcan en la garantía del derecho a la salud y el derecho a la vida. La salud mental ha sido considerada como accesoria, incluso como accesible para cierto sector de la población que cuenta con los recursos económicos suficientes y de tiempo libre; no obstante, ésta se encuentra reconocida en los principales tratados de derechos humanos. Particularmente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.[16] Por ello, la salud mental debe ser garantizada por el Estado a la luz de las obligaciones internacionales adquiridas por México.

En tanto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas refiere que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, de acuerdo con la característica de interrelación e interdependencia.[17] En consecuencia, la falta de garantía del derecho a la salud mental afecta el ejercicio de otros derechos, como a la vida, a la educación, al trabajo, a la igualdad, entre otros. Asimismo, el incumplimiento de otros derechos que aseguren la dignidad humana puede afectar el derecho a la salud mental.

El estigma que rodea a las personas afectadas por la depresión o en riesgo de suicidio reduce la posibilidad de intervenir para su atención efectiva. Por lo que resulta necesario dimensionar las problemáticas para no causar un efecto negativo al considerarlas poco graves o sobreestimarlas a través de prejuicios y estigmas que conlleven a la discriminación y eliminen las oportunidades para prevenir el suicidio.

Por lo anterior, considerando que la depresión y el suicidio son problemáticas multifactoriales, se requiere implementar estrategias multisectoriales para su prevención y atención, identificando los factores de riesgo, atendiendo las problemáticas que enfrentan las personas jóvenes, teniendo presente que los suicidios son prevenibles, y tomando en cuenta las recomendaciones realizadas por organismos internacionales:[18]

- Continuar y reforzar las estrategias, programas, políticas públicas de servicios especializados de prevención y atención de la salud mental, la depresión y el suicidio en personas jóvenes, tomando como eje la perspectiva de juventudes y de género, para aquellas en riesgo por causales sociales, económicos y culturales, o por algún padecimiento mental.
- Los servicios de salud deben incorporar la prevención del suicidio en personas jóvenes como un componente central en sus estrategias.
- Implementar campañas de difusión efectivas que posibiliten que las personas jóvenes conozcan los programas de atención a la salud mental no exclusiva de quien tenga un padecimiento diagnosticado, sino como un elemento necesario que coadyuve a la salud integral.
- Se requiere eliminar el estigma y la discriminación de las personas en riesgo.
- Las acciones de gobierno requieren tomar en cuenta los elementos de calidad, al contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas; aceptabilidad, es decir, que los servicios de salud respeten y sean sensibles con las personas a las que se atiendan; disponibilidad, comprendida como contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas; accesibilidad, es decir, que los recursos disponibles tengan acceso posible a través de la no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad o accesibilidad económica y acceso a la información.

Aunque desde el Gobierno de la Ciudad de México se han realizado importantes acciones para la prevención y atención del suicidio en personas jóvenes, se requiere reforzarlas desde los ámbitos biológico y psicológico, sin obviar el contexto social que las personas jóvenes enfrentan: violencia, con énfasis en la violencia de género; la criminalización de la que son objeto en el ámbito laboral; la falta de garantía al derecho a la educación; así como la escasa visibilización de los aspectos que se requieren para una salud integral, como la prevención y atención de trastornos alimenticios.

El Estado mexicano tiene un compromiso pendiente con las personas jóvenes. Se mantiene la deuda histórica por la falta de reconocimiento como personas sujetas de derechos y de acciones concretas a través de la implementación de medidas especiales que posibiliten el pleno ejercicio de sus derechos humanos.

NOTAS

1 Ley de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 13 de agosto del 2015, disponible en <http://bit.ly/2evjDBA>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

2 Sandra Souto Kustín, "Juventud, teoría e historia: La formación de un sujeto social y de un objeto de análisis", en *Historia Actual Online*, núm. 13, invierno de 2007, pp. 171-192, disponible en <http://bit.ly/2wpCeoE>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

3 Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria O. P., A. C., *Informe sobre la situación de los derechos de las juventudes en México y el Distrito Federal 2010-2011*, México, agosto de 2011, disponible en <http://bit.ly/2xD9yXS>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

4 Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva, "Suicidio", agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/1XQj01R>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

5 INEGI, "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)", 7 de septiembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2ct4D1b>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

6 International Association for Suicide Prevention, "World Suicide Prevention Day", 10 de septiembre de 2017, disponible en <http://bit.ly/2evxVSC>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

7 El reto de la "ballena azul" toma su nombre del fenómeno de varamiento de estos grandes cetáceos, el cual implica que se acercan a las costas a morir, situación que podría considerarse como suicidio. El reto está compuesto por 50 desafíos impuestos por un individuo denominado "curador", los retos van desde automutilarse, ver películas de terror, escuchar un determinado tipo de música, pararse en el borde de un puente y por último el suicidio. Para mayor información *véase* Giulia Trincardi y Mattia Salvia, trad. de Cristina Politano y Álvaro García, "La verdad sobre el reto de la 'ballena azul', el juego en línea que hace que los jóvenes se suiciden", en *Vice*, 25 de mayo de 2017, disponible en <http://bit.ly/2h5DFzs>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

8 "Ubican en Iztapalapa el primer caso del reto suicida de la "Ballena azul", en *Noticias Voz e Imagen*, 11 de mayo de 2017, disponible en <http://bit.ly/2rk31Oq>, página consultada el 4 de septiembre de 2017.

9 Cynthia Sánchez, "¿De qué mueren los jóvenes en el DF?", en *El Universal*, 1 de noviembre de 2013, disponible en <http://eluni.mx/2eVSeVU>, página consultada el 1 de septiembre de 2017.

10 Instituto de la Juventud de la Ciudad de México, *Tercer Informe de Gobierno*, México, Injuve, 2014.

11 Instituto de la Juventud de la Ciudad de México, "Jóvenes psicólogos de los hospitales de las emociones reciben capacitación continua en beneficio de usuarios", 11 de julio de 2017, disponible en <http://bit.ly/2vQXsYQ>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

12 Gobierno de la Ciudad de México, "Diagnóstico y programa de derechos humanos de la Ciudad de México", 31 de agosto de 2016, disponible en <http://bit.ly/2fiGcq2>, página consultada el 1 de septiembre de 2017.

13 Organización Mundial de la Salud, "Día mundial de la salud", 7 de abril de 2017, disponible en <http://bit.ly/1QYGEGz>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

14 Organización Panamericana de la Salud, "'Depresión: hablemos', dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad", disponible en <http://bit.ly/2nnRWsq>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

15 Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva, "Suicidio", *loc. cit.*

16 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, artículo 12, disponible en <http://bit.ly/1DuBaZA>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

17 Organización de las Naciones Unidas, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11 de agosto de 2000, disponible en <http://bit.ly/2eLK8iS>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

18 OPS y OMS, "Día mundial para la prevención del suicidio", disponible en <http://bit.ly/2vQMeng>, y Organización de las Naciones Unidas, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", *doc. cit.*, ambas páginas consultadas el 31 de agosto de 2017.



Fotografía: Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Políticas públicas y atención integral de la depresión y suicidio en adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México

José Armando Ahued Ortega*

* Secretario de Salud de la Ciudad de México.

La agenda de la salud pública exige un trabajo continuo y en materia de salud mental hay muchos pendientes, ante este contexto el autor analiza la problemática del suicidio con miras a enfrentar y resolverla conjuntamente desde el gobierno local, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y todas las dependencias involucradas.

Introducción

La salud mental está condicionada por una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales que van desde aspectos genéticos; el bienestar pre y perinatal; el desarrollo neuropsicológico; las relaciones establecidas con la familia, la sociedad y las instituciones; el estado de salud general; la educación escolar y cívica, y la estabilidad laboral y económica. En la medida que se mantiene el equilibrio se conserva la salud mental.

Esto explica lo complejo que es atender la salud mental y generar una estructura que logre abatir la incidencia de las enfermedades mentales mediante políticas públicas.

Tales enfermedades son consideradas un problema de salud pública en México, ya que una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida,[1] asimismo, los trastornos mentales junto con los musculoesqueléticos generan 18% de los años de vida saludable perdidos, ajustados por discapacidad.[2]

Entre los trastornos más frecuentes están la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias tóxicas. Una de las consecuencias más graves es la muerte por suicidio.[3]

La depresión en México es la primera causa de discapacidad en mujeres y la novena en hombres. Se asocia frecuentemente con ansiedad, consumo de sustancias, diabetes y enfermedades cardiacas.[4]

La depresión y la conducta suicida son dos condiciones clínicas complejas cuyo origen es multicausal, las puede padecer cualquier persona, sin distinción de género, origen étnico,

A nivel mundial y en México, las conductas suicidas tienen un gran impacto en la morbilidad y mortalidad de la población joven y económicamente activa, por lo que es esencial identificar los factores de riesgo y así poder contribuir a su prevención.

educación, condición socioeconómica y estado de salud.

Descripción del problema

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de desánimo, desinterés e incapacidad para disfrutar de las actividades placenteras. Las personas tienen dificultad en las relaciones interpersonales y en su rendimiento global.

A nivel mundial y en México, las conductas suicidas tienen un gran impacto en la morbilidad y mortalidad de la población joven y económicamente activa, por lo que es esencial identificar los factores de riesgo y así poder contribuir a su prevención.

Entre los factores de riesgo para la depresión y el suicidio se han descrito aspectos genéticos; falta de atención pre y perinatal; alteraciones en el desarrollo neuropsicológico; mala adaptación social; presencia de enfermedades crónicas o catastróficas; antecedente de experiencias traumáticas; falta de acceso a educación; inestabilidad laboral o económica; pérdida de seres queridos; la fácil disponibilidad de medios para suicidarse, así como el mal manejo de la información en los medios de comunicación.

Magnitud del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 50 millones de personas en la región de las Américas tiene depresión, lo que supone un incremento de más de 15% en la última década. Con todo y la disponibilidad de tratamientos efectivos, entre 50% y 70% no lo recibe.[5]

La OMS estima que al año casi un millón de personas se suicida; esto implica un aumento de 60% en la tasa mundial en 45 años. La situación parece más grave entre jóvenes, siendo la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo de 10 a 24 años.[6]

En 2011 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico reportó una tasa mundial de suicidio de 12.4 muertes por cada 100 000 habitantes. En tanto que para México en 2014 fue de 5.5.[7]

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2014 reportó 6 337 suicidios en México, 80.2% en hombres y 19.8% en mujeres. Sin embargo, se ha mostrado una tendencia creciente, de 1990 a 2012 la tasa subió de 2.2 a 4.7 por cada 100 000 habitantes, afectando más al grupo de 15 a 29 años, con 42.6% del total. En tanto que en la Ciudad de México el INEGI reportó 434 casos de suicidio en 2014.

Políticas públicas

Como se ha mencionado, tanto la depresión como el suicidio son problemas de orden multifactorial, lo que además de hacerlos más difíciles de prevenir y atender oportuna e integralmente, también complica la construcción de políticas públicas adecuadas y que den resultados.

Así como lo describe la OMS, las acciones para hacer frente a los problemas de salud mental suelen estar asociadas a diversas políticas públicas, competencia de diversas instituciones gubernamentales y desarticuladas entre el sector salud, social y educativo.[8]

Una *política pública* debemos entenderla como la acción generada desde el gobierno, cuyo objetivo es delinear la forma en que se deberá abordar un problema que por sus características es parte de la agenda pública y, con ello, se espera lograr resultados tangibles de la actuación gubernamental.

Para ello es importante definir con la mayor precisión posible el problema por abordar y determinar el ámbito de competencia en el que debe recaer la rectoría de la política específica. De esta manera se sectoriza, para dar paso a la gestión intersectorial e interinstitucional, y de lograrse satisfactoriamente se consigue la transversalización de la política, que la convierte en una acción de Estado.

Por otro lado, en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal se ha adoptado el concepto de la OMS que a la letra dice:

> La salud mental, se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.[9]

Al paso de los años, tanto por la participación gubernamental, como por la demanda de la sociedad, ha sido cada vez más evidente la necesidad de atender los problemas de salud mental. Frente a ello, debemos reconocer que es un tema ya incluido en las necesidades de salud pública.

Esto ha permitido lograr avances importantes, que están reflejados en la inclusión del tema de la atención a la salud mental en la Ley General de Salud y en el desarrollo del Programa de Acción Específico en Salud Mental del gobierno de la república.

Por lo que compete al Gobierno de la Ciudad de México, en materia de atención a la salud mental –incluyendo de manera prioritaria la depresión y el suicidio, con énfasis en población de jóvenes y la atención a sus familias– se ha avanzado.

Durante la presente administración, las líneas primordiales en política pública han sido:

Al paso de los años, tanto por la participación gubernamental, como por la demanda de la sociedad, ha sido cada vez más evidente la necesidad de atender los problemas de salud mental. Frente a ello, debemos reconocer que es un tema ya incluido en las necesidades de salud pública.

1. Consolidar la atención a la salud mental a través de su obligatoriedad y permanencia mediante la Ley de Salud del Distrito Federal, que es enfática en la necesidad de atender los problemas de salud mental. La entrada en vigor, en 2011, de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, que garantiza el acceso a la salud mental en un marco de respeto a los derechos humanos y con enfoque de género (artículo 1°) y, en cumplimiento de su mandato, la instalación del Consejo de Salud Mental de la Ciudad de México en 2016.
2. Desplazar el eje central de atención a la salud mental de los hospitales psiquiátricos, que evidentemente tienen un papel preponderante en la atención y la formación de recursos humanos y de los cuales recibimos un apoyo



Fotografía: Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

importante cuando se requiere; sin embargo, nos centramos en la atención a la salud mental en el primero y segundo niveles de atención, capacitando desde 2014 a la fecha a 1 519 médicos generales en el uso de la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, publicada por la OMS.[10]

3. Mejorar la accesibilidad a los servicios mediante el Programa de Medicina a Distancia, un centro de atención telefónica disponible (5132 0909) que funciona las 24 horas del día, todos los días del año, y que otorga atención psicológica, orientación e información. Así como el Programa Médico en tu Casa, que se ha convertido en fundamental para la Ciudad de México ya que incluye la identificación de alteraciones de la salud mental y brinda orientación e información al respecto.
4. Promover la salud mental mediante la intervención comunitaria ofreciendo información, orientación y educación en la materia, con énfasis en depresión, suicidio, consumo de sustancias y ansiedad, organizando junto con la comunidad jornadas de salud mental, jornadas de prevención y atención de adicciones y jornadas de salud –en reclusorios, pláticas, talleres, foros y congresos–, además de distribuir materiales educativos y promocionales.
5. La transversalización de la atención a la salud mental con el desarrollo del Programa Interinstitucional para la Prevención y Atención Oportuna de las Conductas Suicidas en la Ciudad de México.[11] El trabajo interinstitucional con dependencias del Gobierno de la Ciudad de México como la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Protección Civil, el Sistema de Transporte Colectivo, así como con la Secretaría de Salud del gobierno de la república, a través de los servicios de atención psiquiátrica y el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.

¿Qué falta por hacer?

La salud pública exige un trabajo continuo y en materia de salud mental aún hay muchos pendientes en la agenda, y resolverlos es un objetivo fundamental del jefe de Gobierno de la Ciudad de México, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y todas las dependencias involucradas.

Es necesario promover el incremento de los recursos financieros destinados a la atención de la salud mental y su aplicación racional; consolidar la transversalización y evitar la duplicidad de acciones; mejorar la información estadística, y promover la creación de planes y programas congruentes con las necesidades de la población. D

NOTAS

1 María Elena Medina-Mora *et al.*, "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México", *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, 2003, pp. 1-16.

2 Rafael Lozano *et al.*, "La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México", en *Salud Pública de México*, núm. 55, 2013, pp. 580-594.

3 María Elena Medina-Mora *et al.*, *op. cit*.

4 Shoshana Berenzon *et al.*, "Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México", en *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 1, 2013.

5 Organización Mundial de la Salud, "'Depresión: hablemos', dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad", disponible en <http://bit.ly/2nnRWsq>, página consultada el 30 de agosto de 2017.

6 Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio (SUPRE)", agosto de 2012, disponible en <http://bit.ly/1hlKHZF>, página consultada el 30 de agosto de 2017.

7 OECD, "Suicide rates", disponible en <http://bit.ly/2iL2yot>, página consultada el 30 de agosto de 2017.

8 OMS, *Política, planes y programas de salud mental*, Ginebra, Edisa, 2005.

9 Ley de Salud Mental del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 23 de febrero de 2011; última reforma publicada el 18 de diciembre de 2014, artículo 2°.

10 OMS, "Guía de Intervención mhGAP", disponible en <http://bit.ly/2emFQxf>, página consultada el 30 de agosto de 2017.

11 Gobierno de la Ciudad de México, discurso, "Programa Interinstitucional para la Prevención y Atención Oportuna de las Conductas Suicidas en la CDMX", 7 de septiembre de 2017, disponible en <http://bit.ly/2gqM8NG>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

Violencia y salud mental

ENRIQUE CHÁVEZ- LEÓN*

*Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Coordinador de posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México.

La violencia que se vive en el país causa estragos en las personas, al grado de que puede afectar a su salud mental; por ello, analiza el autor, para disminuir la tasa de enfermedades mentales se requieren medidas que garanticen los derechos humanos y mejoren las condiciones de vida de nuestra población, además de que éstas se enfoquen a contrarrestar dicha violencia.

El ser humano está integrado por componentes biológicos y psicológicos en constante interacción con su entorno. La comprensión psicosocial de las personas implica que son, a la vez, un ser individual y un ser social, y que están inmersas en una cultura con determinadas estructuras sociales, económicas y políticas.

Las condiciones de la sociedad en las que las personas se desenvuelven configuran factores sociales determinantes que condicionan la salud mental.[1] El bajo nivel educativo, las escasas oportunidades de trabajo, la desigualdad de género, el aumento en los índices de pobreza, la inseguridad y la violencia son enemigos de la salud mental. Debe subrayarse que la presencia de esos factores es mayor en la población con menos recursos económicos.

Durante la infancia y la niñez existe mayor vulnerabilidad física y psicológica debido a la falla en la crianza, la mala nutrición y la falta de educación; en la juventud, la falta de oportunidades académicas y laborales, la violencia y la disponibilidad de las drogas son los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades mentales.

Nelson Mandela, en el prólogo del *Informe mundial sobre violencia y salud 2002*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionó que el siglo XX sería recordado como un siglo marcado por la violencia.[2] Sin embargo, el siglo XXI sigue teniendo las mismas características que ese personaje mencionó: violencia infligida a una escala nunca vista, dolor de las y los niños maltratados por parte de las personas que deberían protegerlos, mujeres heridas o humilladas por sus parejas, jóvenes intimidadas o intimidados por otras u otros jóvenes, y personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas.

Violentia (ferocidad, rudeza y saña) es el vocablo latino de donde proviene la palabra violencia. La OMS define *violencia* como el uso intencional de la fuerza física o el poder, para amenazar o actuar, contra sí mismo, contra otra persona o contra un grupo o comunidad, ocasionando daño psicológico, problemas en el desarrollo, privaciones, lesión o muerte.[3]

Igualmente señala que uno de cada cuatro niños y niñas sufre de maltratos físicos; casi una de cada cinco niñas sufre abuso sexual; el homicidio es una de las cinco principales causas de defunción entre las personas adolescentes; 80% de las víctimas son del sexo masculino, y además de las víctimas mortales hay decenas de millones más afectadas por la violencia.

La OMS estableció el programa INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia en contra



Fotografía: Joshua Javier García, *Pensamientos secretos*, imagen participante en el v Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos, 2015.

de las niñas y los niños.[4] En él propone un grupo de estrategias útiles para reducir la violencia contra las y los niños y es el producto de la colaboración de 10 organismos que promocionan estrategias basadas en datos empíricos para prevenir la violencia contra este sector de la población.

Las siete estrategias incluidas en ese programa son:

- Aplicación y vigilancia del cumplimiento de las leyes.
- Normas y valores.
- Entornos seguros.
- Apoyo a madres, padres y a las y los cuidadores.
- Ingresos y fortalecimiento económico.
- Servicios de respuesta y apoyo.
- Educación y aptitudes para la vida.[5]

La violencia en México

Las tres principales causas de muerte en México en la población adolescente y adulta joven, en orden de frecuencia son: homicidios, accidentes y suicidios.[6]

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública (Envipe) 2016, con el fin de generar información a nivel nacional acerca del fenómeno de la victimización delictiva durante 2015, así como para conocer la percepción social actual respecto de la seguridad pública y el desempeño de las autoridades.

La Envipe permite hacer estimaciones estadísticas sobre la victimización que afecta de manera directa a las personas y a los hogares, sin embargo, delitos como el narcotráfico, la delincuencia organizada y la trata de personas no están incluidos.

Esta encuesta estimó que existieron 23.3 millones de víctimas de 18 años y más, la tasa en 2010 fue de 23 993 por cada 100 000 habitantes y en 2015 de 28 202 por cada 100 000 habitantes.[7]

La tasa de víctimas por sexo en 2010 fue de 26 682 varones y de 21 548 mujeres por cada 100 000 habitantes; en 2015, la tasa de víctimas en varones fue de 30 181 y en mujeres de 26 467 por cada 100 000 habitantes. Las cifras son claras, ha aumentado la frecuencia de violencia en México.

La violencia puede tener consecuencias graves para la salud y de por vida, entre ellas: lesiones; enfermedades transmisibles y no transmisibles; conductas riesgosas; muerte; problemas de salud mental; síndrome de estrés postraumático, agresividad y suicidio.

La violencia puede tener consecuencias graves para la salud y de por vida: lesiones; enfermedades transmisibles y no transmisibles; conductas riesgosas (consumo de alcohol y drogas, tabaquismo, prácticas sexuales inseguras y múltiples parejas sexuales); embarazo en la adolescencia y no deseado; muerte; problemas de salud mental, como depresión y ansiedad; síndrome de estrés postraumático, agresividad y suicidio.

Los seres humanos pueden desarrollar enfermedades mentales a través de cuatro mecanismos:

1. Los eventos estresantes desencadenan una enfermedad mental ante la cual la persona tiene predisposición genética, pues en su familia existen quienes la padecen. Ejemplo de ello son: el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la depresión (trastorno depresivo mayor), el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada.
2. El estrés ambiental, los hechos violentos y los eventos traumáticos pueden generar alguna enfermedad mental. Ejemplos son el trastorno de estrés postraumático, el trastorno psicótico breve y los trastornos disociativos (amnesia, fuga y trastorno de identidad disociativas).
3. El consumo de alcohol y drogas puede ocasionar trastornos mentales depresivos, de ansiedad y psicóticos.
4. Las enfermedades orgánicas pueden dar lugar también a trastornos mentales.

Los eventos ambientales, incluyendo la violencia, pueden ser desencadenantes de enfermedades

mentales y también generadoras de ellas. Las enfermedades mentales pueden ser originadas por distintos estresores y existen otras como el trastorno de estrés postraumático, que son producto directo de la violencia.

No es posible cuantificar la participación de la violencia en la aparición de las distintas enfermedades mentales; sin embargo, es importante señalar que las experiencias tempranas de violencia pueden predisponer al desarrollo de algunas de ellas en épocas posteriores de la vida; que muchas de las enfermedades mentales tienen como desencadenantes a la violencia y al trauma; y que pueden aparecer desde la adolescencia, continuar a lo largo de la vida y dar lugar a una evolución con mayores complicaciones y un pronóstico más negativo.

El consumo de drogas, incluyendo el consumo creciente de marihuana sobre todo en personas adolescentes, se relaciona con la criminalidad y la delincuencia en las zonas urbanizadas.[8]

Las enfermedades mentales y el trastorno de estrés postraumático

La prevalencia de las enfermedades se obtiene por lo general de las encuestas de población y puede analizarse en relación con tres dimensiones de tiempo. La más común es la que indica el número de personas de la población que en los 12 meses previos a la encuesta presentó la enfermedad; la prevalencia a lo largo de la vida señala cuántas personas han tenido un trastorno mental en algún momento de su ciclo vital; y la prevalencia en el último mes indica los casos al momento del estudio.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se observó que 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS alguna vez en su vida; 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los de uso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1 por ciento).[9]

La edad promedio en que inician estos trastornos son los 21 años, dentro de un rango de cinco a 27 años. Los que inician más tempranamente son los relacionados con el control de impulso y las fobias específicas (animales, situacionales, eventos ambientales y sangre/lesiones e inyecciones) cuya edad promedio fue a los nueve años. El trastorno de ansiedad social (fobia social), la agorafobia y la dependencia a drogas ocurre habitualmente en la adolescencia; los trastornos de ansiedad y la depresión, en la edad adulta joven, señala el documento.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El TEPT se presenta en 2.6% de la población mexicana alguna vez en la vida (mujeres 3.3% y varones 1.9%); este trastorno ocupa el quinto lugar después de la fobia específica (7.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y la depresión mayor (3.3 por ciento).[10]

Cuando la o el paciente vive un evento traumático y desarrolla un TEPT, en el primer mes en que ya están presentes los síntomas recibe el diagnóstico de trastorno por estrés agudo; si los síntomas persisten más allá de este primer mes se establece entonces el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

El trastorno por estrés agudo consiste en un conjunto de síntomas debido a algún evento catastrófico o traumático experimentado durante un mes; el evento puede consistir en un accidente de tráfico, incendio, maltrato o agresión física, violación, presenciar la herida grave de alguien o un homicidio.

Los síntomas consisten en: *a)* pensamientos repetidos acerca del evento traumático que ocasionan angustia; *b)* el temor a sentir mayor malestar hace que la o el paciente trate de evitar recordar el evento y los lugares que lo recuerdan; *c)* la anestesia emocional que hace que las cosas parezcan extrañas o irreales (desrealización) o bien la persona siente no ser ella misma (despersonalización).

Una vez que los síntomas han persistido por más de un mes se establece el diagnóstico de TEPT.

Dicho trastorno consiste en la reexperimentación del evento traumático a través de recuerdos intrusivos o pesadillas, la necesidad de evitar los recuerdos, las conversaciones, las actividades, las personas y los sitios que se asocian al evento traumático. También están presentes el insomnio, la irritabilidad y la respuesta neurovegetativa excesiva.

Cuadro clínico
La o el paciente con trastorno de estrés agudo o con TEPT presenta una serie de síntomas, en el primer caso por espacio menor a un mes, y en el segundo por más de un mes, aunado a dificultades en el funcionamiento psicosocial. Estos trastornos tienen como factor desencadenante exponerse o presenciar acontecimientos caracterizados por la muerte o amenaza a su integridad física o a la de los demás.[11]

Los síntomas de estos trastornos son:

- *Síntomas de intrusión*: El o la paciente recuerda al evento traumático de forma inesperada; puede presentar también pesadillas.
- *Síntomas de evitación*: El o la paciente evita a las personas, lugares, pensamientos o actividades que le traen recuerdos del trauma. Las manifestaciones también pueden consistir en anestesia emocional, separación de familiares y amigos o el uso de alcohol o drogas.
- *Hiperactivación o ansiedad*: El o la paciente está en tensión constante, irritable, tiene problemas para dormir, le cuesta trabajo concentrarse, se sobresalta con facilidad y puede tornarse agresivo.

Evolución
El o la paciente puede presentar síntomas de estrés agudo o de TEPT a partir de la primera semana después del evento. Las y los pacientes más jóvenes y adultos son quienes más riesgo tienen de padecerlo. La sintomatología puede fluctuar y agudizarse en situaciones vitales tensionales. Después de un año 50% de las y los pacientes puede recuperarse, sobre todo aquellos cuyos síntomas iniciaron rápidamente, han tenido una duración menor a seis meses, su funcionamiento previo había sido bueno, cuentan con apoyo social importante y no padecen algún otro trastorno médico o psiquiátrico.[12]

Comorbilidad[13]
El TEPT puede acompañarse de otros trastornos mentales: 59% de los hombres y 44% de las mujeres con este trastorno tienen tres o más diagnósticos psiquiátricos adicionales:[14] trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos neurocognitivos mayores y trastornos por uso de sustancias, esta última comorbilidad es más frecuente en hombres.[15]

La presencia de las enfermedades mencionadas se relaciona con la cronicidad del TEPT y provoca una mayor resistencia a las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Por otro lado, al mejorar los síntomas de dicho trastorno también mejoran los síntomas de los trastornos comórbidos.[16]

Riesgo suicida
Cuando se entrevista a una persona que estuvo expuesta a un evento traumático se debe realizar una evaluación muy cuidadosa acerca de ideación suicida, si ha tenido intentos suicidas previos, si cursa con trastorno depresivo mayor y/o tiene abuso de sustancias.

Esto es muy importante pues los eventos traumáticos como abuso en la infancia aumentan el riesgo de suicidio. El TEPT se asocia con ideación e intento suicida.

También se debe evaluar si la persona ha presentado enojo o explosividad, que pueden predecir alguna conducta violenta hacia otros. En los adolescentesvarones la agresividad se puede asociar a suicidalidad.[17]

Tratamiento
El tratamiento efectivo para los trastornos por estrés agudo y por estrés postraumático incluye la administración de psicofármacos, psicoterapia y psicoeducación, tema en el que ahonda la Agencia de Calidad e Investigación sobre el Cuidado de la Salud que publicó recientemen-

Al entrevistar a una persona que estuvo expuesta a un evento traumático se debe realizar una evaluación cuidadosa acerca de ideación suicida, si ha tenido intentos suicidas previos, si cursa con trastorno depresivo mayor y/o tiene abuso de sustancias.



Fotografía: *Olvidando mi infancia*, imagen participante en el IV Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos, 2014.

te una guía de tratamiento farmacológico y psicológico para las personas adultas con TEPT.[18]

Existen varios tipos de tratamientos, que por cuestión de espacio sólo mencionaré: *1)* tratamiento preventivo; *2)* tratamiento farmacológico del trastorno de estrés postraumático; *3)* tratamiento psicoterapéutico del trastorno de estrés postraumático; *4)* tratamiento combinado, y *5)* tratamiento del trastorno de estrés postraumático y los trastornos mentales asociados.

De las y los pacientes con TEPT, 80% tiene cuando menos otro trastorno mental asociado. El tratamiento debe incluirlo. En ocasiones cuando el trastorno mental asociado es muy grave, es preferible iniciar el tratamiento de éste, antes de implementar el programa de tratamiento del estrés postraumático. Lo mismo aplica en caso de violencia intrafamiliar y de problemas de pareja, donde es necesario intervenir para lograr tener una respuesta exitosa.[19]

Conclusiones

El ser humano como ente biopsicosocial sufre la influencia de la violencia, fenómeno que ha aumentado en nuestro país. Nuestra población padece con frecuencia de trastornos mentales (cerca de 30%); los trastornos mentales se deben casi siempre a la interacción de la predisposición genética o familiar y los eventos ambientales estresantes.

La violencia puede aumentar la frecuencia de esos trastornos al constituirse como un estresor ambiental y a la vez producir trastornos mentales que requieren a la violencia o al trauma como causa; es el caso del TEPT.

La presencia de otras enfermedades mentales cuando la persona sufre de trastorno de estrés postraumático hace que este padecimiento se cronifique y sea menos susceptible al tratamiento.

El abordaje terapéutico más apropiado para el TEPT es la combinación de antidepresivos y

psicoterapias como la terapia cognitivo conductual y la desensibilización ocular y reprocesamiento.

Disminuir la tasa de enfermedades mentales requiere garantizar los derechos humanos para mejorar las condiciones de vida de nuestra población; la violencia debe ser uno de los principales blancos de dichas medidas. Un modelo aplicable para toda la población, aunque creado para disminuir la violencia hacia las niñas, los niños y las y los adolescentes, es la propuesta de la OMS en su programa INSPIRE.

Concretar los planes y programas que México ha realizado para atender esta problemática es inaplazable,[20] porque el Estado tiene la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud física y mental plasmado en leyes, reglamentos, políticas públicas, medidas presupuestarias, programas y otras iniciativas en el ámbito nacional.

NOTAS

1 La *salud mental* es un derecho humano y es “el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”. *Véase* Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 22 de junio de 2017, artículo 72.

2 OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington, D. C., OMS/OPS, 2003, p. xi, disponible en <http://bit.ly/2knQbtP>, página consultada el 4 de septiembre de 2017.

3 *Ibidem*, p. 5.

4 OMS, INSPIRE. *Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Resumen de orientación*, Ginebra, OMS, 2016, disponible en <http://bit.ly/2ezaIv4>, página consultada el 4 de septiembre de 2017.

5 *Ibidem*, p. 5.

6 INEGI, “Estadísticas a propósito del… Día internacional de la juventud (12 de agosto) Datos nacionales”, 10 de agosto de 2017, p. 8, disponible en <http://bit.ly/2vSDq4b>, página consultada el 4 de septiembre de 2017.

7 INEGI, Boletín de prensa núm. 339/16, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Envipe) 2016, 27 de septiembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2dhts3d>, página consultada el 4 de septiembre de 2017.

8 OMS, *The health and social effects of nonmedical cannabis use*, Ginebra, WHO, 2016, pp. 28-30.

9 María Elena Medina Mora *et al.*, “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, en *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, agosto de 2003, pp. 1-16.

10 *Idem*.

11 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª ed., Washington D. C., American Psychiatric Association, abril de 2013.

12 Benjamin Sadock *et al.*, *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría*, 11ª ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2015, 1460 pp.

13 La comorbilidad, también conocida como *morbilidad asociada*, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. *Véase* National Institute on Drug Abuse, “La comorbilidad”, disponible en <http://bit.ly/2j3nXcG>, página consultada el 6 de septiembre de 2017.

14 Lino Palacios y Gerhard Heinze, “Trastorno por estrés postraumático”, en *Salud Mental*, vol. 25, núm. 3, junio de 2002, pp. 19-26.

15 American Psychiatric Association, *op. cit.*

16 Enrique Chávez León, *op. cit.*

17 *Idem*.

18 Agency for Healthcare Research and Quality, *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Comparative Effectiveness Review*, núm. 92, Rockville, AHRQ, abril de 2013, disponible en <http://bit.ly/2w8xlgd>, página consultada el 6 de septiembre de 2017.

19 Matthew Friedman, *Posttraumatic and Acute Stress Disorder*, Suiza, Springer International Publishing, 2015, pp. 35- 52.

20 Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*, 2014, disponible en <http://bit.ly/2f4k9U7>, página consultada el 6 de septiembre de 2017.

SUICIDIO, UN PROBLEMA EN AUMENTO

El suicidio es una tragedia mundial que afecta a familias, comunidades y países. Anualmente, cientos de miles de personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, reporta la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad es la segunda causa de defunción en personas adolescentes y jóvenes, y esta situación no sólo ocurre en países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo.

PANORAMA MUNDIAL






Más de **800 000** personas se suicidan cada año.

Cada **40** segundos ocurre **una** muerte por suicidio.

Es la segunda causa principal de defunción entre personas de **15** a **29** años de edad.

En **2015**, más de **78%** de los suicidios en todo el mundo tuvo lugar en países de ingresos bajos y medios.

Tres veces más hombres que mujeres se suicidan en países ricos.

30% de todos los suicidios se comete por autointoxicación con plaguicidas, la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medios.

Sólo **28 países** cuentan con estrategia o plan de acción nacional para su prevención.


EN MÉXICO
Fue la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de 5.2 decesos por cada 100 000 habitantes.
La tasa de mortalidad masculina por esta causa fue de 8.5 y en mujeres de 2.0 por cada 100 000 habitantes.
En 2014 se registraron 6 337 suicidios.
78.9% utilizó el método del ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
En el caso de los hombres, el disparo con arma de fuego es el segundo método más empleado (9.7 por ciento).
Sonora
7.9
Chihuahua
8.4
Aguascalientes
8.6
Querétaro
3.9
Veracruz
3.8
Morelos
2.8
Yucatán
8.4
Campeche
10.2
Guerrero
2.1
Oaxaca
3.4
+
-
Entidades con mayor tasa de suicidios por cada 100 000 habitantes.
+
-
Entidades con las tasas más bajas.
40% de los suicidios en el país son de jóvenes de 15 a 29 años de edad.
32% de las personas que cometieron suicidio contaban con estudios de secundaria; 22% con bachillerato o preparatoria; 20% con educación primaria.
32.3% no contaba con trabajo.
Para las mujeres el envenenamiento por diversas sustancias es el segundo método más empleado (20.6 por ciento).
47.8% eran personas casadas o con pareja; 41.2% eran solteras.

EN LA CIUDAD DE MÉXICO



2014 2017

La tasa de **suicidio** por cada **100 000 habitantes** fue de **4.9**, reportó INEGI.

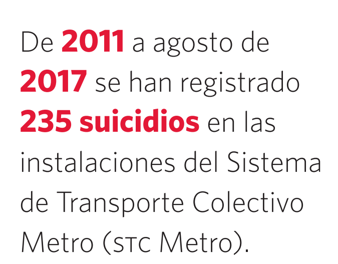
8.5 suicidios **juveniles** se registraron por cada **100 000 habitantes.**

Aproximadamente **1 500 suicidios** se registran al año, según el Gobierno de la Ciudad de México.

Milpa Alta, **Iztapalapa** y **Xochimilco** son las delegaciones donde más suicidios de personas jóvenes se registran, según el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.



Depresión, **adicciones**, **violencia escolar** y **decepciones amorosas** son las principales causas de suicidio en jóvenes en la ciudad.



De **2011** a agosto de **2017** se han registrado **235 suicidios** en las instalaciones del Sistema de Transporte Colectivo Metro (STC Metro).




En lo que va del año se han registrado **23 suicidios** en dichas instalaciones. En su mayoría son personas jóvenes.







Chabacano, **Copilco**, **Insurgentes**, **Zócalo** y **Balderas** son las estaciones del STC Metro que más han utilizado las personas para suicidarse.

Métodos más comunes de suicidio









Envenenamiento — Ahorcamiento — Armas de fuego

Factores de riesgo



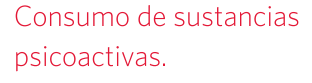
Fácil disponibilidad a los medios de suicidio (sustancias venenosas, armas de fuego, ciertos medicamentos, etcétera).



Estigmatización de quienes buscan ayuda.



Problemas de salud mental.



Consumo de sustancias psicoactivas.



Discriminación.

Sentido de aislamiento.



Abuso y violencia.



Relaciones conflictivas.



Fuertes problemas económicos.

Dificultad para acceder a servicios de salud.

Formas de prevención y control

- Restricción al acceso a los medios de suicidio (sustancias venenosas, armas de fuego, ciertos medicamentos, etcétera).
- Identificación temprana de trastornos mentales y consumo de estupefacientes o exceso de alcohol.
- Apoyo social a personas vulnerables.
- Realización de campañas para erradicar la estigmatización.

Infografía: Gladys López Rojas/CDHDF.

Fuentes: INEGI, "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales", 7 de septiembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2ct4D1b>; OMS, "Nota descriptiva. Suicidio", marzo de 2017, disponible en <http://bit.ly/1XQj01R>; OMS y OPS, *Informe Prevención del Suicidio. Un imperativo global*, 2014, p. 54, disponible en <http://bit.ly/2nSF3YM>; Phenélope Aldaz, "Preocupa aumento de suicidios en la Ciudad de México", en *El Universal*, 8 de septiembre de 2016, disponible en <http://eluni.mx/2cHXv5o>; Daniel Flores, "Milpa Alta, la delegación donde más se suicidan los jóvenes", en *El Big Data*, 4 de abril de 2017, disponible en <http://bit.ly/2vvLAvj>; Michel Laris, "Vivir rápido, morir joven", en *MásporMás*, 16 de noviembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2vdt2Ve>; Marco Antonio Martínez García, "Desde 2011, van 196 suicidios en Metro; Chabacano, la más utilizada", en *Quadratin México*, 10 de agosto de 2016, disponible en <http://bit.ly/2gdrpQH>; Marco Antonio Martínez García, "Aromatizarán estaciones para evitar suicidios en Metro CDMX", en *Quadratin México*, 24 de agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/2xju1Az>; Sistema de Transporte Colectivo Metro, "Presenta STC campaña para prevenir el suicidio en el Metro", 10 de agosto de 2016, disponible en <http://bit.ly/2wNUXed>, todas las páginas fueron consultadas el 26 de agosto de 2017.



Fotografía: *Pronto seremos uno*, imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos 2017.

Experiencia institucional en la evaluación del intento suicida en niñas, niños y adolescentes

Mauricio Leija Esparza*

* Psiquiatra infantil y de la adolescencia de la Clínica de Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme), médico adjunto en paidopsiquiatría del Centro Médico Puerta de Hierro, y profesor de la maestría en terapia familiar en el Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, A. C.

Introducción

Hablar del fenómeno suicida en niñas y niños forzosamente nos enfrenta al amplio y –todavía– poco explorado campo de la psicopatología infantil. No podríamos ahondar en el tema sin revisar el concepto de *depresión infantil*. La idealización del mundo infantil, por parte de algunas personas adultas, ha representado una barrera para la comprensión de las alteraciones anímicas en las y los niños. Con respecto a esto, resultan significativas las palabras de Herman Hesse en *El lobo estepario*, donde expresó que aquel que anhela la felicidad infantil es porque "ha olvidado totalmente que los niños no son felices, que son capaces de muchos conflictos, de muchas discordancias, de todos los sufrimientos".[1]

Desde esta perspectiva no nos parecen exageradas las observaciones de los grandes teóricos del desarrollo psicológico; iniciando por el trauma del nacimiento de Otto Ranck; la angustia del octavo mes de René Spitz; la ansiedad de castración de Sigmund Freud; la crisis de la adolescencia de Erik Erikson, etcétera. Cabe señalar, sin embargo, que hablar de pensamientos suicidas en las y los niños exige cierto grado de desarrollo psicológico. Si bien es cierto que Spitz documentó la presencia de síndromes depresivos en las y los lactantes –a lo que llamó *depresión anaclítica*–,[2] el fenómeno suicida no pude presentarse en etapas tan tempranas del desarrollo como lo han hecho creer las notas difundidas en algunos medios de comunicación.[3]

Ideas suicidas en infancia y adolescencia

La presencia de ideas de suicidio requiere forzosamente la compresión del concepto de muerte, el cual se define por cuatro características básicas: la irreversibilidad (la muerte es un fenómeno permanente); la finalidad (implica la detención de todas las funciones del organismo); la inevitabilidad (la muerte es un fenómeno universal), y la causalidad (la muerte es el fin de un proceso).[4]

Antes del inicio de la etapa escolar es difícil que niñas y niños adquieran el concepto de muerte. Debido a esto, cuando las y los niños muy pequeños se enfrentan al fenómeno de la muerte suelen expresar ideas incompatibles con la realidad. Algunos ejemplos son: esperar que el fallecido regrese, como de un viaje; preocuparse de que el fallecido sufra hambre o frío; pueden llegar a creer que algunas personas son inmortales, e inclusive desarrollar la idea de que una persona murió a causa de desearle la muerte.

Resulta difícil, por lo tanto, considerar la presencia de fenómenos suicidas en niñas y niños preescolares o más pequeños. Sin embargo, con más edad, el desarrollo mental puede hacer germinar las ideas de suicidio, su dependencia a la familia suele hacer difícil, sino es que imposible, un abordaje psicológico o psiquiátrico individual (que, dicho sea de paso, es el más común). Expresado en palabras de Carl Jung:

> La neurosis infantil sería, de ordinario, un problema muy simple, si invariablemente no existiese una relación entre ella y una conducta errónea de los progenitores. Esta complicación refuerza por cierto la neurosis infantil contra todos los métodos terapéuticos.[5]

En la Clínica de Niñas, Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme) hemos ofrecido atención especializada a niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio e ideación suicida,

contribuyendo a garantizar el pleno goce de sus derechos humanos.[6] En estos casos ha sido la regla encontrar fallas importantes en la estructura y el funcionamiento de la familia, así como detectar a uno o más familiares con alguna psicopatología.

En una gran cantidad de casos hemos encontrado antecedentes de ideas e intentos de suicidio en sus progenitores, algunas madres o padres de niñas y niños con ideas o intentos de suicidio han sido internados en hospitales psiquiátricos por la misma razón. Y es común que la psicopatología de los padres esté relacionada con la disfunción conyugal.

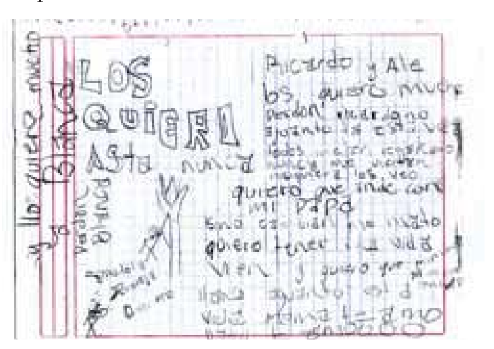
En un trabajo de investigación realizado en Salme encontramos que 72.9% de las y los niños que acudieron para una evaluación psiquiátrica provinieron de familias en las que, por lo menos uno de los padres reportó un bajo ajuste conyugal.[7] Sin embargo, un problema al que nos enfrentamos, tanto a nivel cultural como a nivel de servicios ofrecidos en instituciones públicas, es el pobre interés en la conyugalidad.[8] En contraste con la parentalidad, la conyugalidad casi nunca es materia de evaluación o intervención. Un ejemplo de esto lo encontramos en el hecho de que hoy se han vuelto muy populares los talleres de escuela para padres, tanto en instituciones educativas como de salud. En cambio, es no sólo poco común sino casi imposible que en México se realicen talleres de *escuela para parejas* (así, en cursivas, como si este término fuese una palabra escrita en otro idioma). Las personas adultas con frecuencia están dispuestas a que se les enseñe a ser padres y madres, y a su vez las personas profesionales de la salud y la educación están dispuestas a apoyarlos en ese proceso, pero nadie, ninguna de las partes, toca la conyugalidad, ni siquiera a niveles educativos, no se diga terapéuticos.

En Salme hemos atendido a niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio e ideación suicida, y hemos encontrado en algunos de ellos fallas importantes en la estructura y en el funcionamiento de la familia, así como detectado a familiares con alguna psicopatología.

La tensión que impregna la atmósfera familiar y el sobreinvolucramiento de las y los cónyuges en sus propios conflictos suele generar sentimientos de soledad y rechazo en las y los niños, situación que se torna complicada ya que no garantiza a las y los hijos su derecho humano a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral.[9] Algunos padres y madres han reconocido, con enormes sentimientos de culpa, que se *desquitan* con sus hijas o hijos luego de reñir con su pareja. Sin embargo, cuando logran considerar la situación, el daño ya está hecho. En ocasiones, los progenitores han expresado frases como "ojalá no hubieras nacido", "estaríamos mejor sin ti", "cuando te estaba esperando pensé en abortar", entre otras parecidas, acciones que violentan los derechos humanos de las niñas, los niños y las y los adolescentes. La descalificación y desconfirmación que padecen las y los hijos en este tipo de familias son el punto de partida para las ideas de suicidio. Carl Whitaker afirmó:

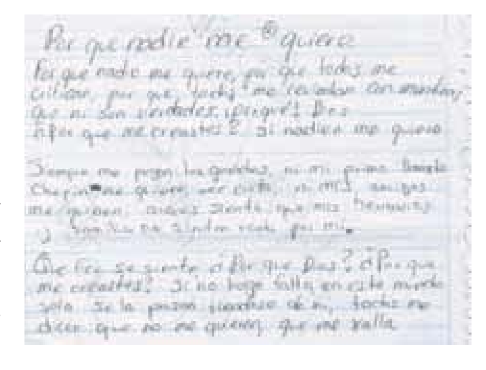
> El suicidio tiene un contexto bipersonal. El paciente no se suicidará a menos que haya alguien en su mundo que quiera su muerte. Supongo que ese *alguien* es por lo común un miembro de la familia.[10]

Tomemos el caso de Pedro,[11] un chico de 10 años que hizo llegar a sus padres esta nota.

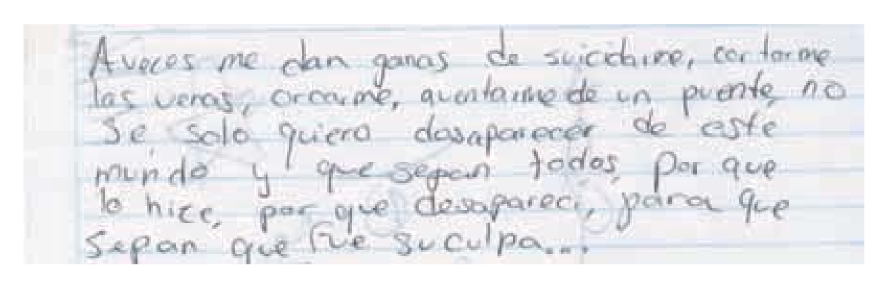


Como puede apreciarse en las leyendas, Pedro expresa con firmeza "si no cambian me mato". El cambio en las familias, tal como lo pide este chico, ¡es una realidad posible! Sólo precisa del apoyo institucional para ofrecer servicios de terapia familiar accesibles a la comunidad. Resulta sin duda alarmante el dibujo en el extremo inferior izquierdo de la hoja, donde puede leerse "pistola, navaja, veneno". Ante estas señales es urgente una evaluación y una intervención especializada.

Otro caso que ilustra los conceptos mencionados es el de Jaime, un chico de 11 años con ideas de suicidio. Como puede apreciarse en su mensaje, el niño se siente descalificado por su familia, pues expresa "todos me critican", además, es evidente que se siente no deseado en su núcleo familiar, "si no hago falta en este mundo… todos me dicen que no me quieren, que me vaya".



En las siguientes líneas del mismo paciente pueden apreciarse con claridad los pensamientos suicidas. En ellas vemos reflejada una reflexión freudiana: "suele el enfermo conseguir por el camino indirecto del autocastigo su venganza de los objetos primitivos y atormentar a los que ama, por medio de la enfermedad".[12]


Aveces me dan ganas de suicidarme, cortarme
las venas, orcarme, aventarme de un puente no
se solo quiero desaparecer de este
mundo y que sepan todos por que
lo hice, por que desapareci, para que
sepan que fue su culpa...

Conclusión

La experiencia en el trabajo con niñas, niños y adolescentes con ideación e intentos suicidas en el Salme muestra, sin lugar a dudas, la importancia de trabajar con las familias en el plano psicoterapéutico. Tras los conceptos y casos expresados en este artículo resulta evidente que las y los pacientes padecían un grado importante de malestar emocional relacionado con los problemas familiares.

Al día de hoy son pocas las instituciones públicas que ofrecen servicios de terapia familiar. Una institución que se preocupa por la salud mental de las y los niños, pero no se involucra en el trabajo con sus familias, está condenada a emprender tratamientos poco exitosos o fallidos, pero lo que se requiere en la actualidad es que estas instituciones cumplan eficazmente con las políticas públicas diseñadas para garantizar a la población su derecho humano a la salud y a la salud mental.

Si bien en Jalisco existe una Red Estatal para la Prevención del Suicidio, la cual tendrá su equivalente en muchos otros estados de la república, la *red* que debemos fortalecer es, sin lugar a dudas, la red familiar, que es un eslabón importante en la cadena para garantizar a la población el pleno goce de sus derechos humanos. D

NOTAS

1 Hermann Hesse, *El lobo estepario*, México, Grupo Editorial Tomo, 2012, p. 75.
2 René A. Spitz, *El primero año de la vida del niño*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969, p. 203.
3 Como un ejemplo *véase* Sonia de Anda, "Advierten incremento de índices de suicidio en edades tempranas", en *Uniradio Noticias*, 29 de marzo de 2017, disponible en <http://bit.ly/2wc8f0a>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.
4 Eduardo Dallal y Castillo, "El niño y su comprensión de la muerte", en *Caminos del desarrollo psicológico*, vol. v. La muerte, Plaza y Valdés, 2005, p. 228.
5 Carl Jung, *Psicología y educación*, España, Paidós Ibérica, 1993, p. 40.
6 Como el derecho humano a la salud, a la supervivencia, al desarrollo, a la igualdad sustantiva, a no ser discriminado, entre otros. Para mayor información *véase* Comisión Nacional de los Derechos Humanos, "Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes", disponible en <http://bit.ly/1RSsEOh>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.
7 Mauricio Leija Esparza, Israel Itzaman Jiménez Navarro y Lidia Karina Macías Esparza, "Funcionamiento familiar en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica", en *Salud Mental*, núm. 38, vol. 3, México, mayo-junio de 2015, disponible en <http://bit.ly/2wzmrSE>, página consultada el 3 de septiembre de 2017.
8 La *conyugalidad* es definida según Mendoza y Napoli como la unión entre dos o más individuos que comparten relaciones maritales socialmente aceptadas, las cuales varían de acuerdo con la cultura y con las normas y acuerdos sociales establecidos. *Véase* Manuel Mendoza y Vince Napoli, *Introducción a las ciencias sociales*, cuarta edición actualizada, Madrid, Mc Graw-Hill, 1990, p. 207.
9 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *loc. cit.*
10 Carl Whitaker y Margaret O. Ryan, *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*, España, Paidós, 1992, p. 228.
11 Los nombres y la edad han sido cambiados para ocultar la identidad de los pacientes.
12 Sigmund Freud, "Duelo y melancolía", *Obras completas*, tomo ii, España, Biblioteca Nueva, 2007, p. 2096.



Fotografía: *Me llaman calle*, imagen participante del VI Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos, 2017.

Prevención del suicidio

Luis Wertman Zaslav*

* Doctor *honoris causa* por la Universidad Americana por su trayectoria como líder de la sociedad civil. Presidente de la Red Nacional de Consejos Ciudadanos de México, A. C., y del Consejo Ciudadano de la Ciudad de México. Conferencista en universidades, instituciones privadas y públicas sobre participación ciudadana, prevención, seguridad y procuración de justicia. Miembro del Consejo Nacional de Impulsa, organización dedicada a la educación y fomento de jóvenes emprendedores. Articulista permanente de los diarios *El Universal*, *El Financiero* y *Excélsior*.

En el tema del suicidio la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que diariamente, en promedio, casi 3 000 personas ponen fin a su vida.[1] De acuerdo con el mismo organismo, el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel global, en adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.[2] En su último recuento de 2015, la OMS ubicó a México en el lugar 148 en cuanto a casos de suicidio documentados.

Sin embargo, estos son datos internacionales. A nivel nacional el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha emitido datos al respecto, pero de 2015.[3] No existe información más actualizada sobre el fenómeno, a pesar de su importancia. En este contexto, desde 2014 el Consejo Ciudadano de la Ciudad de México[4] decidió abrir un servicio de atención especializada, a través de la Línea Ciudadana: 5533 5533.[5]

La experiencia del Consejo Ciudadano en el tema del suicidio[6] arroja datos importantes que ayudan a identificar, apoyar y atender a una persona que lo intenta o puede llegar a consumarlo.

El Programa El poder de vivir[7] ayuda a prevenir conductas suicidas por medio de información, orientación y tratamiento de personas que se encuentran en situación de riesgo.

Dicho programa establece acciones de prevención, detección, intervención y seguimiento de estas personas mediante la intervención en crisis y la canalización con expertas y expertos en la materia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Ciudad de México (DIF CDMX).

Desde 2014 y hasta la fecha, la Línea Ciudadana ha atendido 609 casos de riesgo suicida. En 2014 se atendieron 14; 90 en 2015; 163 en 2016, y 342 en 2017.[8] En cada caso se realiza una detección de conductas de autoaniquilación, se brinda un tratamiento oportuno a las personas que realizan dichas acciones, así como a sus familiares, a través de psicoterapia breve. Del total de los casos atendidos, 354 fueron de personas afectadas ya sea por intento de suicidio (331) o con ideas suicidas; las demás llamadas correspondieron a la madre (126); otro familiar (31); a hermana o hermano (24); al padre (23), además de conocidos, hijos e hijas, abuela o abuelo, amistades y pareja. Cabe destacar que de los casos reportados hasta la fecha ninguna persona ha consumado el intento.

Es necesario informar que en muchas ocasiones el intento suicida se gesta, crece y concluye en el espacio individual, en la soledad de la persona, quien a pesar de emitir síntomas no son plenamente identificables y, por ende, tampoco se atienden.

Con la finalidad de que la ciudadanía pueda identificar y reconocer las diferentes etapas de la conducta suicida y tomar medidas preventivas, el Consejo Ciudadano lanzó el Suicidiómetro, una herramienta en forma de escala que ayuda a promover el conocimiento de los factores de riesgo.[9]

Un dato que reporta el INEGI es que en ocho de cada 10 casos el suicidio se piensa y realiza en un espacio confinado. Normalmente el hogar.[10] Dato que es muy similar al del Consejo Ciudadano, ya que de los intentos de suicidio reportados (331), en 292 casos se intentó la acción en el domicilio (82%), 36 en la calle (17%) y tres en la escuela (1 por ciento).[11]

La Línea Ciudadana presenta un crecimiento sostenido en su número de atenciones año con año. El número de llamadas pasó de 14 en 2014 a 342 tan sólo en lo que va de 2017. Si se compara con 2015 (90) y 2016 (163), se observa un incremento de 100% y aún falta el último cuatrimestre del año.[12]

En cuanto al sexo de las personas atendidas, 327 fueron casos de mujeres (54%) y 282 de hombres (46%). En la mayoría de los casos (185) se trató a niñas, niños y adolescentes (22%); 80 fueron de jóvenes entre 21 a 25 años (15%); 74 de

entre 26 a 30 años (14%); 40 de 31 a 35 años (7%), entre los más representativos.[13]

En el nivel de escolaridad, en 278 casos las personas contaban con licenciatura, en 139 casos con bachillerato, en 139 con secundaria, en 46 con primaria, seis sin estudios y uno con maestría.[14]

De los 609 casos atendidos, 294 se trataron de personas con empleo (48%), 178 de personas estudiantes (25%), 101 casos de trabajo en hogar (20%), 35 eran personas desempleadas (7%) y un caso se trató de una persona jubilada/pensionada.[15]

En cuanto el estado civil, 498 casos fueron de personas solteras; 77 de personas casadas; 31 que viven en concubinato y tres en relaciones de noviazgo.[16]

Por lo que respecta a esta problemática, desde el Consejo Ciudadano se cree que el aumento en el número de casos se debe principalmente al conocimiento amplio del servicio de la Línea Ciudadana.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se refieren a las características individuales o ambientales que pueden aumentar la posibilidad de que una persona pueda ejecutar un acto suicida. Existen diversos factores externos que pueden ampliar la peligrosidad de la conducta, sobre todo cuando se presentan de forma combinada y/o repetida.

Algunos de los principales factores son los siguientes:

1. La violencia familiar.
2. El abuso sexual.
3. La depresión.
4. La ansiedad.
5. El consumo o abuso de sustancias adictivas.
6. El acoso escolar.
7. El duelo.
8. Las enfermedades terminales.
9. Las y los familiares con antecedentes de suicidio.

El suicidio es normalmente multifactorial, sin embargo, los datos del Consejo Ciudadano muestran un aspecto fundamental: 14% de los casos al final son detonados por el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol o drogas, elementos que se convierten en disparador de emociones acumuladas que pueden llevar a una persona a decidir quitarse la vida.

En segundo lugar, se encuentran los problemas familiares. Aquí es importante señalar que una persona suicida no llega a la decisión de manera espontánea, los problemas se acumulan y las soluciones no se encuentran, sobre todo en el ámbito donde debe tener sus redes de apoyo –como la familia–, por ello se convierten en uno de los detonadores más importantes, pero al mismo tiempo es ahí donde está su mejor solución.

El suicidio, como cualquier otra conducta, tiene formas de detección, y siendo una conducta de alta peligrosidad, siempre será muy valioso prestar cuidado a sus manifestaciones para su oportuna atención.

Atención

El suicidio, como cualquier otra conducta, tiene formas de detección, y siendo una conducta de alta peligrosidad, siempre será muy valioso prestar cuidado a sus manifestaciones para su oportuna atención. Es fundamental detectar a qué conductas se les debe poner atención, por ejemplo:

a) Cambios repentinos de conducta.
b) Desinterés de actividades placenteras sin motivo aparente.
c) Expresiones de desesperanza: Verbales, no Verbales incluyendo mensajes en redes sociales.
d) Cambios de estado de ánimo.
e) El regalo de pertenencias preciadas.
f) Búsqueda de contactos en redes sociales para métodos suicidas.
g) Presencia de algún factor de riesgo externo.
h) Autolesiones con intención suicida.
i) Notas suicidas.

Si se detectan algunas de las señales, ¿cómo deben atenderse? En primera instancia es muy importante no perder el control y tratar de empatizar con la persona afectada, ya que de acuerdo con cómo se interprete nuestra atención, podrá trascender que la persona decida aceptar ayuda. Enseguida se muestran las formas más recomendables para cuando alguien se acerca y pide ayuda:

1. Tratar con respeto y evitar juzgar.
2. No ignorar y tomarlo en serio.
3. Escucharle con genuino interés.
4. No dejarle solo o sola.
5. Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira y disgusto).
6. Decirle que lo compartirán con alguien de su entera confianza.
7. Hacer uso de las redes de apoyo.
8. Elaborar un plan de acción que se pueda aplicar ante una crisis.
9. Buscar ayuda profesional en el número telefónico: 5533-5533 o *5533.

Todas estas técnicas provienen del conocimiento profesional que se tienen en el Consejo. Ahí existen psicólogos capacitados para detectar y atender las necesidades de las personas en es

tas condiciones o de sus familiares y amigos que han logrado detectarlas.

Por ello, estoy convencido que de manera similar a los primeros auxilios psicológicos –y su importancia en nuestro día a día– se puede construir una cultura de primeros auxilios para quienes buscan nuestro apoyo en un momento como ése. Sólo es cuestión de información, de no desdeñar ninguna señal y de tener un canal de escucha. Afortunadamente se avanza en ese sentido.

Espero que los resultados obtenidos este año sean la base más cercana a lo que puede representar el fenómeno en la capital del país, para así coadyuvar a realizar programas que prioricen la prevención y atención accesible, digna, eficaz y oportuna, basada en el respeto pleno a los derechos humanos y en la mejor información científica disponible, como lo recomiendan en su Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental la OMS y la Organización Panamericana de la Salud.[17] D


Fotografía: Banco de imágenes Pixabay.

NOTAS

1 Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio (SUPRE)", disponible en <http://bit.ly/1hlKHZF>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

2 Organización Mundial de la Salud, "Suicidio", nota descriptiva, agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/1XQj01R>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

3 INEGI, "Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales", p. 5, disponible en <http://bit.ly/2jf6e1O>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

4 El Consejo Ciudadano de la Ciudad de México opera desde 2007 como órgano de consulta, análisis y participación de la ciudadanía en materias de seguridad pública, procuración de justicia, cultura cívica y de atención a víctimas del delito, entre otras. Para mayor información *véase* Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, "Quiénes somos", disponible en <http://bit.ly/1CxeTQj>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

5 Para mayor información *véase* Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, "Lo mejor de la vida eres tú", disponible en <http://bit.ly/1RppYYA>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

6 El Programa Lo mejor de la vida eres tú. El suicidio se puede prevenir fue creado por el Consejo Ciudadano en 2014, en conjunto con el DIF-DF, la Secretaría de Desarrollo Social capitalina y la Red Mundial de Suicidiólogos de México, para la prevención y el tratamiento de conductas suicidas a través de la intervención psicológica, la sensibilización, orientación y derivación de las personas que se encuentren en situación de riesgo. *Véase* Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, "Lo mejor de la vida eres tú", *loc. cit.*

7 Este programa lo realiza el Consejo Ciudadano de la Ciudad de México en conjunto con el DIF CDMX, a través de la Línea Ciudadana y es un servicio de atención especializado para personas con ideas suicidas.

8 Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, Programa El poder de vivir, s. f., documento de trabajo.

9 *Véase* Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, "Consejo Ciudadano lanza el suicidiómetro, mecanismo de prevención para identificar esta problemática", 8 de septiembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2wVHi4l>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.

10 INEGI, *loc. cit.*

11 Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, Programa El poder de vivir, *doc. cit.*

12 Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, "Consejo Ciudadano lanza el suicidiómetro, mecanismo de prevención para identificar esta problemática", *loc. cit.*

13 Consejo Ciudadano de la Ciudad de México, Programa El poder de vivir, *doc. cit.*

14 *Idem.*

15 *Idem.*

16 *Idem.*

17 Para mayor información *véase* OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, Ginebra, OMS, 2013, disponible en <http://bit.ly/1R9Q5TR>, página consultada el 11 de septiembre de 2017.


Fotografía: Banco de imágenes Pixabay.

Epidemiología de la salud mental en personas adolescentes y jóvenes

Jesús Abrahán Ruiz Rosas*

* Médico cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara. Es psiquiatra con alta especialidad en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Cursa la especialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente (INPRFM-UNAM) y la Maestría en Sexología Clínica (IMESEX). Adscrito a la Clínica Especializada Condesa.

Las personas adolescentes y jóvenes requieren herramientas que les permitan hacer frente a las situaciones que les causan enfermedades físicas y mentales, y contar con estrategias en la prevención y promoción del autocuidado de la salud que posibiliten el pleno goce de sus derechos humanos, sobre todo de aquellos que están en una mayor situación de vulnerabilidad.

Introducción

¿Cuándo se vuelve anormal una conducta, un pensamiento o la regulación de las emociones?, ¿qué es un trastorno mental?, ¿existen grupos de personas con mayor riesgo de presentarlos?

El estudio de los trastornos mentales (TM) en etapas tempranas de la vida ha tenido un interés creciente durante las últimas décadas y, tomando en cuenta el aumento en su diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles, existe evidencia de que al no identificarlos y no tratarlos oportunamente se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el mundo.[1]

En el presente texto se hace una breve revisión de la epidemiología de los TM más comunes en esta población, es decir, su distribución en la comunidad y algunos factores relacionados con su presencia. Son numerosos los reportes disponibles, pero aquí se pretende concentrar los datos más relevantes.

Definiendo conceptos clave

Personas adolescentes y jóvenes

Las primeras dos a tres décadas de la vida son trascendentales en el desarrollo de las personas, durante este periodo se adquieren autonomía, madurez sexual y cognitiva, se definen rasgos de personalidad, y se conforman y extienden las redes sociales. Hay discrepancia en los criterios de edad para definir a las personas adolescentes y jóvenes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas adolescentes son aquellas que se encuentran entre los 10 y los 19 años;[2] por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas define a las personas jóvenes como aquellas entre los 15 y 24 años.[3] En la Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México se establece que las personas jóvenes son aquellas entre los 12 y los 29 años de edad.[4]

El criterio de edad para definir a esta población no es asunto menor, pues al no existir un criterio unificado es difícil conocer su distribución de TM; es decir, la mayoría de los estudios no reportan a los grupos de población homologados por edad, y por lo tanto es complejo establecer una estadística común, particularmente para las niñas y los niños menores de 10 años, y para las personas de 18 a 29 años, quienes con frecuencia quedan consideradas dentro del grupo de adolescentes o de personas adultas, respectivamente, por lo que sus características particulares se diluyen con las personas de los otros grupos de población.

¿De cuántos estamos hablando?

De acuerdo con *Populationpyramid.net*, para 2016 el total en la población mundial de personas adolescentes (10 a 19 años) ascendía a poco más de 1 202 millones (16.2% de la población mundial), y el grupo de 20 a 29 años sumaba poco más de 1 211 millones (16.3%); en conjunto, el grupo de 10 a 29 años sumaba un total de 2 413 millones (32.5%), casi un tercio de la población mundial.[5]

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) derivados de la Encuesta Intercensal 2015, el número de personas de 10 a 19 años correspondía a poco más de 22 millones (18.4% de la población), y el grupo de 20 a 29 años ascendía a casi 20 millones (16.6%); de manera conjunta, las personas de 10 a 29 años representaban 35% de la población, poco más de una tercera parte, con un total de casi 42 millones de personas. La cifra media de edad correspondía a 27 años, lo que significa que la mitad de la población en México se encontraba entre los 0 a 27 años.[6]

La OMS define a la *salud mental* como: "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad".

Salud *vs.* trastorno mental

La OMS define a la *salud mental* como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad", concepto poco preciso, sobre todo considerando a las personas que se encuentran en las primeras etapas de la vida.[7]

Por su parte, un TM es definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como

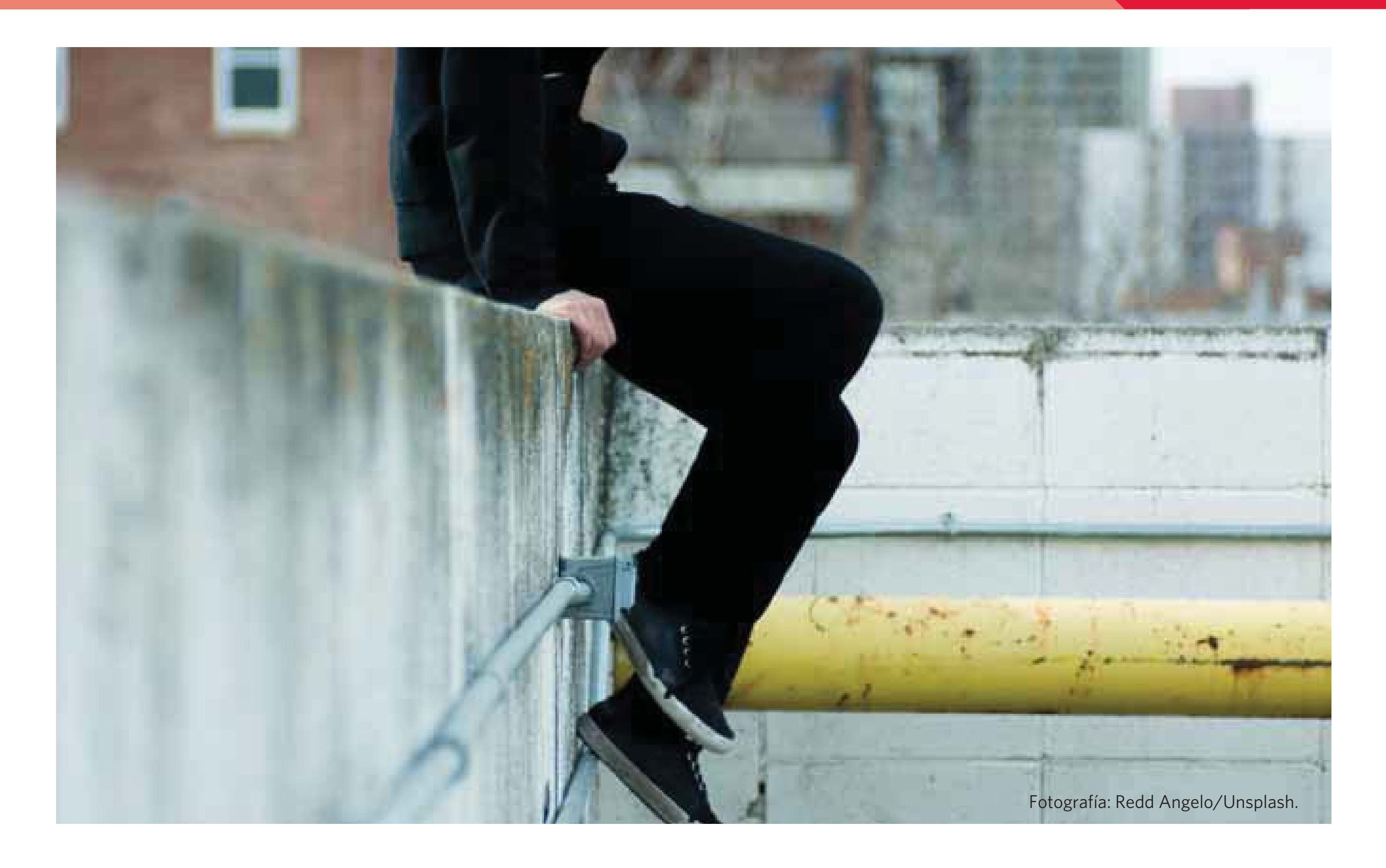
> un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente van asociados a un estrés significativo o a discapacidad.[8]

¿Cuáles son las causas de los TM?

Existen diversas aproximaciones teóricas. El *modelo de diátesis-estrés* plantea que las personas con predisposición biológica a los TM tenderán a presentarlo si sufren estrés intenso; el *modelo de los sistemas* examina cómo se combinan los factores de riesgo biológico, psicológico y social para producir TM y es conocido como modelo biopsicosocial.[9]

Es necesario reconocer que si bien se puede hablar de personas con mayor riesgo biológico, existe una serie de factores externos que en su interacción con las personas a nivel individual y colectivo les confieren un riesgo aún mayor. Son los *factores de vulnerabilidad psicosocial*.

El Plan Nacional de Desarrollo en México define la *vulnerabilidad* como el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. La Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) describe que el *grado de vulnerabilidad* de una persona, un hogar o un grupo de personas está determinado por su exposición a los factores de riesgo y su capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas. La Comisión Nacional de los


Fotografía: Redd Angelo/Unsplash.

Derechos Humanos (CNDH) en México considera una amplia gama de grupos vulnerables que incluye a las mujeres violentadas, personas refugiadas, personas con VIH, personas con orientación diversa, personas con algún trastorno mental, personas con discapacidad, migrantes, personas jornaleras agrícolas, personas desplazadas internas y personas mayores.[10]

Salud mental de niñas, niños y personas adolescentes y jóvenes

Uno de los objetivos de la epidemiología es medir la magnitud de los TM y de los servicios de salud mental. En los primeros años de vida se requiere: contar y estudiar los esquemas de distribución de los TM, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y monitorear si quienes los necesitan los están recibiendo.

De acuerdo con datos publicados por la OMS, en 2012 las principales causas de mortalidad en personas adolescentes fueron: *1)* accidentes automovilísticos, *2)* VIH, *3)* suicidio, *4)* infecciones de vías respiratorias bajas y *5)* violencia interpersonal. Las principales causas de morbilidad (enfermedad) en aquellas de 10 a 14 años fueron: *1)* trastorno depresivo, *2)* anemia ferropénica, *3)* asma, *4)* dolor en espalda y cuello, y *5)* trastornos de ansiedad; lo mismo se reportó para las de 15 a 19 años, excepto que en lugar de asma se encontró trastorno por uso de alcohol. Las anteriores condiciones son responsables de cerca de 50% de "años perdidos por discapacidad"[11] entre los 10 a 19 años, indicador empleado para medir el impacto de las enfermedades.[12]

Estudios que incluyen a varios países demuestran una alta prevalencia de TM (uno de cada cinco a uno de cada 10 niñas y niños). Sólo 16% de ellos recibe atención. El proyecto Atlas, que midió los recursos de salud mental infanto-juvenil en 66 países, demostró que las personas gastaban 71% de su bolsillo en África, contra 12.5% en Europa. Los costos mayores se producían en niñas y niños con depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno de conducta. Además, estudiaron los costos asociados a educación, justicia y servicios sociales. Al demostrar la inequidad, la epidemiología puede ser un instrumento de justicia social.[13]

En un meta-análisis[14] publicado en 2015 se encontró una prevalencia mundial de TM en niñas, niños y adolescentes de 13.4%, siendo los más prevalentes: cualquier trastorno de ansiedad, 6.5%; cualquier trastorno depresivo, 2.6%; trastorno depresivo mayor, 1.3%; TDAH, 3.4%; cualquier

El problema en la atención a la salud mental es más evidente en el caso de niñas, niños y adolescentes, sobre todo considerando que las personas con un TM debutan con los síntomas entre los cinco y los 27 años, y que la edad promedio en la que se manifiestan los TM es de 21 años.

trastorno disruptivo, 5.7%; trastorno negativista y desafiante, 3.6%, y trastorno de conducta, 2.1 por ciento.

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente 2005, con representatividad para personas adolescentes de entre 12 y 17 años de la zona metropolitana de la Ciudad de México, encontró que una de cada 11 personas adolescentes ha padecido algún TM severo, una de cada cinco alguno moderado, y una de cada 10 alguno leve. La prevalencia para los severos fue de 8.5%; agorafobia, 3.6%; ansiedad de separación, 2.6%; depresión mayor, 4.8%; trastorno de conducta, 3.0%, y TDAH, 1.6%. La mayoría no recibieron tratamiento. Los más prevalentes fueron los de ansiedad. Ser mujer, haber desertado de la escuela y tener responsabilidades como de persona adulta se asociaron con padecer algún TM y que este fuera de mayor severidad. Las mujeres padecen más trastornos afectivos y ansiosos, pero menos por abuso de sustancias psicoactivas. Aquellos con menor nivel de escolaridad presentaron mayor prevalencia de trastornos afectivos, por uso de sustancias psicoactivas y en el control de impulsos. Aquellos con mayor nivel de obligación presentaron mayor prevalencia en todos los tipos de trastornos.[15]

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 ha sido hasta ahora el esfuerzo más grande para determinar la prevalencia de TM en México, tiene representación para la población nacional de 18 a 65 años que vive en áreas urbanas y arrojó que 28.6% de la población presentó algún TM, 13.9% lo reportó en el último año y 5.8% en el último mes. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), por uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Solamente una de cada 10 personas con un TM recibió atención, sólo una de cada cinco con dos o más TM recibió atención, y sólo una de cada 10 con tres o más TM obtuvo atención. La ansiedad de separación (media de inicio de cinco años) y el trastorno de atención (seis años) son los dos padecimientos más tempranos.[16]

Este problema en la atención a la salud mental es más evidente en el caso de niñas, niños y adolescentes, sobre todo considerando que las personas con un TM debutan con los síntomas entre los cinco y los 27 años, y que la edad promedio en la que se manifiestan los TM es de 21 años, una etapa temprana de la vida. Los primeros TM en aparecer son aquellos relacionados con una alteración en el neurodesarrollo, como el TDAH, junto con las fobias específicas que inician alrededor de los nueve años, mientras que la fobia social, la agorafobia y las adicciones se manifiestan típicamente en la adolescencia.[17]

Algo que queda claro con los diversos estudios publicados es que la prevalencia de los TM continúa en aumento y causa efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países, al margen de una serie de factores sociales como la violencia, así como el crecimiento de algunos TM como son los trastornos de la conducta alimentaria.

Conclusión

Una buena salud es considerada como el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad. La transición epidemiológica, la muerte y las conductas de riesgo que se viven en los diferentes países han cobrado mayor relevancia, aumentando la demanda de servicios de salud mental. Las personas adolescentes y jóvenes requieren ser provistas de herramientas que les permitan hacer frente a las situaciones que les causan enfermedades, físicas y mentales; enfocando diversas estrategias en la prevención y promoción del autocuidado de la salud, generando escenarios que permitan el pleno goce de sus derechos humanos

como a una vida saludable, sobre todo en aquellos en mayor situación de vulnerabilidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con las demás personas y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

NOTAS

1 Guilherme V. Polanczyk y Giovanni Abrahão Salum, "Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, pp. 1-21.

2 Organización Mundial de la Salud, "Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones", disponible en: <http://bit.ly/1B9NMX3>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

3 Asamblea General de las Naciones Unidas, "La Juventud y las Naciones Unidas", disponible en <http://bit.ly/2wHNSeu>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

4 Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 13 de agosto de 2015; última reforma publicada el 19 de abril de 2016, artículo 2º, fracción XXVI.

5 Populationpyramid.net, "Pirámides de población del mundo", disponible en <http://bit.ly/2p39R9x>, página consultada el 6 de agosto de 2017.

6 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Encuesta Intercensal 2015", disponible en <http://bit.ly/2jTbFlp>, página consultada el 6 de agosto de 2017.

7 Organización Mundial de la Salud, "Salud mental: un estado de bienestar", disponible en <http://bit.ly/1hqychI>, página consultada el 6 de agosto de 2017.

8 Asociación Psiquiátrica Americana, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5ª ed., Washington D. C., Asociación Psiquiátrica Americana, abril de 2013.

9 Charles G. Morris y Albert A. Maisto, *Psicología*, México, Prentice Hall, 2001, pp. 502-539.

10 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, "Informe anual de actividades 2016. III. Grupos en situación de vulnerabilidad y otros temas", disponible en <http://bit.ly/2j8nd69>, página consultada el 6 de septiembre de 2017.

11 Los años perdidos por discapacidad (YLD, *years lost to disability*) son estimaciones basadas en datos de prevalencia, reales o estimados, que cuantifican la carga de enfermedad y facilitan la comparación del impacto entre diversas enfermedades y condiciones. Al igual que con otras estimaciones, necesitan ser interpretadas con cautela, ya que dependen tanto de la precisión de la información –que a menudo no es buena– y de los métodos y supuestos incorporados en el modelo estadístico empleado para su cálculo. *Véase* Alvis Nelson y María Teresa Valenzuela, "Los QALYS y DALYS como indicadores sintéticos de salud", en *Revista Médica de Chile*, vol. 138, supl. 2, septiembre de 2010, disponible en <http://bit.ly/2xUd549>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.

12 Organización Mundial de la Salud, "Adolescent health epidemiology", disponible en <http://bit.ly/1S89dl9>, página consultada el 31 de agosto de 2017.

13 Flora de la Barra M., "Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia", en *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, año 4, vol. 47, Chile, 2009.

14 El meta-análisis es un conjunto de herramientas estadísticas útiles para la revisión sistemática y cuantitativa de la investigación, ampliamente consolidada y aplicada en las Ciencias de la Salud; emplea técnicas para acumular rigurosa y eficientemente resultados cuantitativos de estudios empíricos sobre un mismo problema de salud, aportando un alto nivel de evidencia científica. *Véase* Juan Botella Ausina y Julio Sánchez-Meca, *Meta-análisis en ciencias sociales y de la salud*, Madrid, Síntesis, 2015, 266 pp.

15 Corina Benjet *et al.*, "Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, núm. 4, vol. 50, 2009, pp. 386-395.

16 María Elena Medina Mora *et al.*, "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", en *Salud Mental*, núm. 4, vol. 26, 2003.

17 Francisco Rafael de la Peña Olvera, *Psicopatología básica de niños y adolescentes*, México, Hemisferio Izquierdo/Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2015, pp. 13-20.



Fotografía: Cortesía Instituto de la Juventud de la Ciudad de México.

Retos para la atención y prevención de la depresión y suicidio en adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México

María Fernanda Olvera Cabrera*

* Directora general del Instituto de la Juventud de la Ciudad de México. Es licenciada en Política Internacional por la London School of Economics, es una joven emprendedora que ha fomentado el desarrollo de jóvenes talento a través del proyecto Sonidos Urbanos. Ha sido directora del semanario *De Frente*, de distribución gratuita que difunde la oferta cultural de talento juvenil en la Ciudad de México.

La autora refiere cómo desde el Instituto de la Juventud de la Ciudad de México se promueve el respeto a los derechos humanos de este sector de la población de la capital, para garantizar su pleno goce del derecho a la salud, a la salud emocional, pero también a la educación, a una vida libre de violencia, a los derechos sexuales y reproductivos, a la cultura, al deporte, al empleo digno, entre otros.

En 2013, las y los habitantes de la Ciudad de México, entonces Distrito Federal, pudimos leer que el suicidio se consolidaba como la tercera causa de muerte en personas adolescentes mexicanas, solamente superado por los accidentes automovilísticos y el cáncer, según declaraciones de la académica Emilia Lucio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.[1]

También leíamos que el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz indicó que esta práctica creció 74% en personas de 15 a 24 años en el periodo de 2001 a 2011, en la década de 1990 a 2000 el incremento más sustantivo se dio entre los 5 y 24 años de edad en 150 por ciento.[2]

Las acciones de gobierno a favor de la juventud en la Ciudad de México

Ante este panorama, a finales de diciembre de 2012, como directora general del Instituto de la Juventud capitalino (Injuve) –y cumpliendo con los objetivos de promover y respetar los derechos humanos de este sector de la población capitalina, así como de diseñar, coordinar, aplicar y evaluar el plan estratégico–[3] de-

Un corazón roto, la ansiedad, el estrés, el aislamiento, los pensamientos negativos, el abuso de sustancias, la violencia, los embarazos no deseados o la ideación suicida, son pensamientos o sentimientos que propician las principales conductas de riesgo de las personas jóvenes.

cidí que ese año realizaríamos la Consulta de Tendencias Juveniles, en la que se preguntaría a las personas jóvenes sobre qué música les gustaba más, cómo se informaban, en quién confiaban más o cómo se definían sexualmente. Los resultados obtenidos de dicha encuesta han sido piedra angular para el diseño de la agenda pública de las juventudes de nuestra capital, pues 55.43% de las personas encuestadas aseguraron que no eran felices, 66.89% que se habían sentido deprimidas, 34.30% dijeron que habían sido violentadas y 21.32% expresaron considerarse como personas violentas.

Desde entonces ubicamos la urgente necesidad de tomar en cuenta todo aquello que históricamente se suele dejar de lado, lo intangible: un corazón roto, la ansiedad, el tiempo libre, el ocio, el estrés, la apatía, la falta de ganas, el aislamiento, los pensamientos negativos, las acciones nocivas para la salud como el abuso de sustancias, los hábitos alimenticios, las prácticas sexuales de riesgo, la violencia, los embarazos no deseados o la ideación suicida.

Estos pensamientos o sentimientos que provocan o propician las principales conductas de riesgo de las personas jóvenes no se miden científicamente, pero es lo que más nos importa, ya que se trata de la razón principal de nuestro actuar, ser, existir y sentir.

En 2015 el Gobierno de la Ciudad de México, a través del Injuve, realizó el primer Diagnóstico de salud emocional. Con los resultados obtenidos se decidió lanzar la Estrategia Salud, Balance y Bienestar Joven,[4] que ese año operó con las siguientes acciones:

- Las visitas de 200 agentes de cambio por la salud de la Ciudad de México a colonias con mayor índice de personas jóvenes en situación de vulnerabilidad.
- Inicio de la construcción de un centro de salud emocional, diseñado exclusivamente para ello, mejor conocido como Hospital de las Emociones en la delegación Venustiano Carranza.
- La realización de jornadas de salud en colonias con alta concentración de personas jóvenes en vulnerabilidad.
- La participación en ferias en centros escolares.
- La atención en dos unidades móviles Cuídate.
- La realización de la Semana de la Salud Joven Cuídate.[5]

Hospital de las Emociones

El cuidado y orientación de las emociones es una política pública de prevención innovadora y tangible que ofrece el Gobierno de la Ciudad de México por medio del primer y único Hospital de las Emociones que otorga atención gratuita, profesional e incluyente para todas las personas adolescentes y jóvenes entre los 12 y 29 años de edad, maestras, maestros, madres y padres de familia; lo anterior, por medio de una amplia oferta de terapias individuales, grupales, de corto, mediano o largo plazo; talleres, pláticas e información fundamental en temas clave como salud, sexualidad, nutrición y drogas.

Este espacio del Injuve ofrece, por un lado, una oportunidad de empleo a jóvenes psicólogos recién egresados y, por el otro, se representa un modelo de política pública de prevención y disminución de conductas de riesgo entre jóvenes, con alcance nacional e internacional.

El Hospital de las Emociones es una edificación nueva, abrió el 19 de abril de 2016; está construido en una superficie de 511 metros cuadrados, cuenta con 12 consultorios para terapia individual, dos salas para terapia grupal, un módulo de la Secretaría de Salud (Sedesa), otro del Instituto de las Mujeres (Inmujeres) y uno más del Instituto para la Atención y Prevención de

las Adicciones (IAPA), todas instancias del gobierno capitalino.

En el módulo de la Sedesa se brinda información sobre orientación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazos no planificados, uso de métodos anticonceptivos y problemas alimenticios.

En el espacio del Inmujeres se otorga asesoría legal y atención psicológica para madres de las y los jóvenes usuarios del hospital. Finalmente, en el módulo del IAPA se brinda orientación a padres y personas jóvenes sobre la prevención, el uso, abuso y consumo de sustancias, así como las repercusiones a nivel orgánico, social y psicológico.

Los resultados que el hospital y las clínicas de las emociones nos han arrojado desde el 1 de enero de 2016 y hasta hoy, ofrecen un panorama muy amplio sobre la importancia de atender las emociones de nuestras personas jóvenes. Al respecto se destaca que:

- 22 891 personas fueron atendidas en las instalaciones de servicios emocionales del Injuve de enero 2016 a julio 2017, en el Hospital de las Emociones y en los tres espacios alternativos conocidos como Clínicas de las emociones.
- 14 375 personas jóvenes fueron atendidas en la sede principal del Hospital de las Emociones.
- 1 203 personas jóvenes acudieron por ideación e intento suicida, y sus edades oscilaron entre los 12 y 23 años.

Motivo de Consulta	Total
Abuso sexual	245
Adicciones	895
Ansiedad	1 570
Autolesiones	569
Autoestima	1 116
Depresión	1 275
Problemas escolares	2 953
Problemas emocionales	5 263
Problemas familiares	3 807
Duelo	836

Motivo de Consulta	Total
Problemas de pareja	1 451
Ideación e intento suicida	1 203
Problemas alimenticios	273
Sexualidad	379
Trastorno diagnosticado	426
Violencia de pareja	205
Violencia familiar	174
Bullying	121
Motivos por especificar	130

Ideación e intento suicida

En agosto de 2016 una cifra llamó nuestra atención, en la Clínica de salud emocional Venustiano Carranza –mejor conocida como Hospital de las Emociones– atendimos a 185 personas con ideación e intento suicida, una cifra exponencialmente alta en comparación con las registradas desde su apertura en abril y hasta el 31 de julio, que había registrado sólo 33 casos.

Realizamos un rastreo de los expedientes y notamos que de esos 185 nuevos casos, un porcentaje alto se sentía con poca valía, autoestima baja y que su vida ya no tenía buen panorama después de haber recibido sus resultados para el ingreso a la educación media superior.[6]

Entonces empezamos a profundizar en el fenómeno. Muchos de los casos de ideación o intento suicida tienen su raíz en la depresión, pero no es la única causa. La depresión claramente es una enfermedad que ataca en silencio, uno no se imagina a cuántas personas puede afectar, es silenciosa, no siempre se manifiesta explícitamente en las personas; incluso es difícil detectarla individualmente. Hay muchas formas de depresión a partir de las cuales las personas siguen estando activas y hay otras donde ni siquiera pueden acudir a la escuela.

Cuando se trata de personas jóvenes, quienes en la mayoría de los casos son activas y aparentemente tienen una vida social normal, se ha evidenciado que suelen desahogarse en redes sociales; incluso hoy es posible detectar estas actitudes por medio del análisis de fotos de Instagram o Facebook. Muchos de los suicidios vienen a partir de profundos síntomas depresivos, tristeza y baja autoestima; es decir,

hoy podemos decir que de un corazón roto sí te mueres, aunque suene así de simple, un corazón roto sí es una causa de suicidio.[7]

Una de las mayores causas que detonan los suicidios o intentos suicidas provienen de las situaciones que se viven en casa. La familia es lo más importante, principalmente en la etapa de la infancia. Tenemos que detenernos a pensar cómo es la convivencia, cómo son las dinámicas familiares desde los primeros años, estos factores son determinantes para que en una o un adolescente o joven haya presencia de adicciones. Es básico detenernos a pensar cómo se solucionan los problemas en la familia, hay gran diferencia entre si es hablando con alguien, si se exteriorizan o se interiorizan, cómo se expresan, de qué manera se resuelven o no.

La violencia en el entorno escolar es otra causa. Si no se detectan y tratan oportunamente la baja autoestima y los pensamientos recurrentes de tristeza entonces comienza la ideación suicida, los pensamientos de muerte. La persona joven comienza a creer que sólo con la muerte se va a solucionar el problema. A esto le llaman los especialistas *creencias limitantes*,[8] que son ideas que se van repitiendo hasta que para la persona ya no hay más que esa idea, se convierte en lema de vida. Ahí es donde tenemos que estar, por eso en el Instituto de la Juventud y especialmente en los hospitales de las emociones siempre preguntamos a la persona usuaria: "¿cómo te sientes?".[9]

En las personas jóvenes la causa de suicidio o su intento tiene que ver también con la falta de oportunidades, y a veces se relaciona con particularidades fisiológicas de la persona, como la falta de alguna sustancia, por ejemplo: alta o baja de litio, y trastornos mentales profundos que deben tratarse clínicamente. Es cuando deben utilizarse los primeros auxilios psiquiátricos, y si bien tenemos ciertos estigmas, debemos romperlos porque desde la psicología –con terapias– se pueden prevenir muchas situaciones.

Una de las mayores causas que detonan los suicidios o intentos suicidas provienen de las situaciones que se viven en casa. La familia es lo más importante, principalmente en la etapa de la infancia.

Las y los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunas y algunos adolescentes el divorcio de sus padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros pueden representar fuentes de creencias limitantes.

Algunos de los factores de riesgo suicida que menciona el doctor Sergio Andrés Pérez Barrero –reconocido profesor y presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría– son:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional.
- Estar más expuestas o expuestos a situaciones familiares adversas que alientan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial, así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.[10]

Si llega a detectar en sus hijas e hijos, amigas o amigos, hermanas o hermanos, compañeras o compañeros, vecinas o vecinos, o cualquier persona joven algunos de los factores de riesgo suicida antes citados, tienen la opción de acercarse a los hospitales de las emociones.

Como una propuesta para tener señales más claras del suicidio entre personas adolescentes, existe una serie de recomendaciones de la Academia Americana de Psiquiatría en Adolescentes y Niños, ya que Estados Unidos tiene unas cifras similares a las nuestras. El suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente entre las personas jóvenes de cinco a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellas de entre cinco a 14 años.[11]



Fotografía: Cortesía Instituto de la Juventud de la Ciudad de México.

En ese sentido, de acuerdo con las y los especialistas, son factores de riesgo los siguientes:

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amistades, de su familia o de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.

Una persona adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

- Quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable.
- Lanzar indirectas como “no les seguiré siendo un problema”, “nada me importa”, “para qué molestarse” o “no te veré otra vez”.
- Poner en orden sus asuntos, como regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes.
- Ponerse muy contenta después de un periodo de depresión.
- Tener síntomas de sicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).[12]

Es por todo lo anterior que, siendo la instancia rectora y coordinadora de la política pública dirigida a las personas jóvenes en la Ciudad de México a nivel local y territorial, el Injuve, en coordinación con las delegaciones políticas, promueve el respeto de los derechos humanos de este sector de la población de la capital, para garantizar su pleno goce del derecho a la salud, a la salud mental, pero también a la educación, a una vida libre de violencia, a los derechos sexuales y reproductivos, a la cultura, al deporte, al empleo digno, entre otros.


Fotografía: Cortesía Instituto de la Juventud de la Ciudad de México.

Numeralia
Hospital de las Emociones.
Venustiano Carranza

- Costó ocho millones de pesos.
- Está ubicado en la delegación Venustiano Carranza.
- Mide 511 metros cuadrados de construcción.
- Dispone de 12 consultorios para terapia individual.
- Cuenta con dos salas para terapia grupal.
- Se tiene un módulo de la Secretaría de Salud, un módulo de Inmujeres y un módulo del IAPA.
- Cuenta con una sala de espera.
- Tiene un jardín Zen para tomar terapia o esperar.
- Atienden 18 psicólogos jóvenes.
- Del 19 de abril de 2016 al 31 de julio de 2017 han sido atendidas 14 453 personas.

Dirección: Deportivo Ing. Eduardo Molina, entrada por la calle de Ferretería. Metrobús Mercado Morelos. Consultas de lunes a viernes de 9:00 a 20:00 horas. Tels. 5795 2054 y 5789 9220.

Clínicas de las emociones
Miguel Hidalgo
Calzada México Tacuba núm. 235, col. Un Hogar para Nosotros. Metro Colegio Militar.
Consultas de lunes a domingo de 9:00 a 20:00 horas.
Tel. 5342 7446.
Cuauhtémoc
Calle Santísima núm. 10, col. Centro. Metro Zócalo.
Consultas de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
Tlalpan
Calle 4 Oriente esquina Periférico Sur, col. Isidro Fabela.
Consultas de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
Milpa Alta
Calle Consulado s/n, San Lorenzo Tlacoyucan.
Consultas de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.
Más información:
<saludemocionalcdmx@gmail.com>.
Tel. 5342 7446.

Línea Joven Locatel
Actualmente se ha detectado la importancia de las emociones, Locatel recibió de 2013 a junio de 2015, 25 854 llamadas de jóvenes que requirieron información y en algunos casos orientación emocional. Esto generó que se formalizara el convenio entre Locatel e Injuve para crear la Línea Joven Locatel, que de julio a diciembre de 2015 atendió 6 160 llamadas a través del 5658 1111.



Además, el micrositio de la línea joven <www.locatel.df.gob.mx/joven> fue visitado por 2 445 personas, mientras que otras 435 fueron atendidas a través del Chat joven, alojado en la misma página web.

NOTAS

1 UNAM, Boletín UNAM-DGCS-003, El suicidio, tercera causa de muerte entre adolescentes, 2 de enero de 2013, disponible en <http://bit.ly/2xQbH1p>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.

2 *Idem*.

3 *Véase* Instituto de la Juventud de la Ciudad de México, "Objetivos", disponible en <http://bit.ly/2xMicmV>, página consultada el 5 de septiembre de 2017.

4 "Presenta Mancera Estrategia de salud, balance y bienestar joven", en *Al Momento*, 16 de junio de 2015, disponible en <http://bit.ly/2xMJM3e>, página consultada el 5 de septiembre de 2017.

5 Gobierno de la Ciudad de México, "1.4 Capital social joven", *4° Informe de Gobierno*, México, p. 53, disponible en <http://bit.ly/2y9FwLA>, página consultada el 5 de septiembre de 2017.

6 Arturo Páramo, "Examen a 'prepa' causa estrés suicida", en *Excélsior*, 11 de septiembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2gKorn5>, página consultada el 5 de septiembre de 2017.

7 El síndrome del corazón roto, también conocido como miocardiopatía de Takotsubo, fue descrita por la primera vez en 1990 en Japón. Es una enfermedad cuyos síntomas principales son ahogo y dolor en el pecho, característicos de los ataques cardíacos. Esta enfermedad se asocia al estrés emocional. Se ha detectado incluso que la pérdida de un ser querido es uno de los desencadenantes de este padecimiento. De ahí el origen de su nombre. Para mayor información *véase* Pedro Pinheiro, "Síndrome del corazón roto–causas, síntomas y tratamiento", en *MD. Saúde*, 12 de mayo de 2017, disponible en <http://bit.ly/2xednpi>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.

8 Wolfgang Hoffmann, *Creencias Limitantes: Modelo Itcl. Abordaje y transformación integral de las creencias limitantes desde la disciplina del Coaching*, Estados Unidos, Cognitio, LLC, 2013, 300 pp.

9 Instituto de la Juventud de la Ciudad de México, "Informe Anual de Actividades Injuve 2016", p. 10, disponible en <http://bit.ly/2iZDyK6>, página consultada el 5 de septiembre de 2017.

10 Sergio Andrés Pérez Barrero, "El suicidio, comportamiento y prevención", en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, núm. 2, vol. 15, marzo-abril de 1999; y Beck At *et al.*, "Hopelessness and suicidal behavior", en *Revista Médica* JAMA, núm. 234, 1976, pp. 1146-1149.

11 National Institute of Mental Health, "Suicidio", disponible en <http://bit.ly/2pHV3NQ>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.

12 Información extraída de "El suicidio en los adolescentes", en *Your Child*, núm. 10, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015, disponible en <http://bit.ly/2oyKS0a>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.



Fotografía: *Un viaje a la intimidad*, imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos 2017.

La violencia y sus efectos en la salud mental de personas jóvenes

Luciana Ramos Lira*

*Doctora en Psicología Social. Investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Investigadora nacional nivel II en el Sistema Nacional de Investigadores.

La violencia en todas sus manifestaciones es un fenómeno que afecta a la sociedad entera e incide de forma importante en las personas jóvenes, quienes son víctimas frecuentes de ésta; asimismo, la evidencia sugiere que el género debe considerarse en la investigación sobre la victimización juvenil y sus consecuencias, debido a que existen diferencias por sexo tanto en la prevalencia de diversos sucesos violentos como en el impacto que tienen en su salud mental.

Introducción

En la actualidad, la situación de violencia extrema en nuestro país es tal que ha llegado a niveles que solamente habían ocurrido en los peores años de la denominada *guerra contra las drogas*, entre 2010 y 2012;[1] de hecho, ahora las tasas de homicidio en algunas entidades son superiores a las de 2012. En 2015, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a nivel nacional se registraron 31 homicidios de hombres por cada 100 000, en comparación con los 3.8 ocurridos por el mismo número de mujeres. Más de la mitad de los hombres que murieron por causa de una agresión violenta tenían entre 20 y 39 años (55.1%), siendo esta proporción muy similar para las mujeres de ese rango de edad (47.9 por ciento).[2]

Estas cifras evidencian que los hombres jóvenes son los principales perpetradores y víctimas de violencia; en tanto que en las mujeres jóvenes se observa el aumento de múltiples tipos de victimización[3] relacionadas con la violencia de género.[4] Más allá de las muertes y consecuencias físicas que conlleva, la violencia genera una amplia gama de problemas psicosociales y de salud mental, que en algunos casos pueden perdurar toda la vida.[5] La respuesta patológica más frecuente, por estar directamente provocada por sucesos violentos, es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT); sin embargo, los efectos de la violencia abarcan diversas problemáticas, incluyendo la depresión, el suicidio y los intentos suicidas, entre otras, y son más graves cuando ocurren en edades tempranas. De aquí la importancia de considerar la violencia como un problema prioritario de salud pública y de derechos humanos, que requiere ser abordado de manera ética y especializada en un contexto de grave crisis social y de seguridad.

Las personas jóvenes, más que la excepción, conforman una población que es particularmente vulnerable a la violencia, pues además de verse afectada de forma directa e indirecta por sus diversas manifestaciones, es también víctima de discriminación, exclusión y estigmatización. La Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia[6] reporta que la tasa de prevalencia de delito o maltrato en 23 ciudades fue de 46 426 víctimas por cada 100 000 jóvenes de 12 a 29 años durante 2014, destacando los robos con y sin violencia, acoso por los atributos de la persona joven y a través de sus pertenencias, y en menor proporción maltrato físico, amenazas y agresiones sexuales. Asimismo, 32.2% de la población de 12 a 18 años fue víctima de *bullying*; se estima que en 42.6% de los casos en los cuales las y los jóvenes de 12 a 29 años fueron víctimas del delito o de maltrato, hubo compañeras y compañeros de escuela involucrados como agresores, y en 42.5% de los casos las personas victimarias eran desconocidas. Un 47% de las personas jóvenes de 12 a 29 años de edad considera que vivir en su ciudad es inseguro, este porcentaje aumenta a 70% o más en municipios de Guerrero y del Estado de México; particularmente en Ecatepec, donde se reporta la mayor percepción de inseguridad en el país (83.9 por ciento).

El objetivo del presente texto es abordar los principales efectos que tiene la violencia comunitaria en la salud mental de hombres y mujeres jóvenes, con base en evidencia internacional y nacional, y alertar acerca de la importancia de atender esta problemática, tanto en términos de prevención como de tratamiento.

Violencia comunitaria y problemas de salud mental

La violencia comunitaria hace referencia específica a diversos tipos de actos que ocurren en el espacio público cotidiano, y comprende la exposición a armas de fuego, cuchillos, drogas y delitos como robo, rapiña, ataque físico con y sin armas, y homicidio;[7] agregamos en esta clasificación el acoso sexual en sus diversas formas y la violación. Estos ataques sexuales ocurren mayoritariamente contra las mujeres jóvenes y –como ya mencionamos– pueden considerarse manifestaciones de violencia de género.

Una revisión reciente elaborada por Sarah W. Fairbrook[8] encontró que la violencia comunitaria se asoció al incremento de riesgo de TEPT y de síntomas internalizados, principalmente depresión y ansiedad. Asimismo, el estudio de Cindy Mels y Lucía Fernández confirma estos hallazgos tanto en víctimas como en testigos de violencia comunitaria.[9] La violencia sexual, par-



Fotografía: *Frío*, imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos, 2017.

ticularmente la violación, es el suceso que más se asocia al riesgo de desarrollar TEPT.[10] En México se ha reportado, tanto en Ciudad Juárez[11] como en municipios del Estado de México,[12] la presencia de sintomatología postraumática en jóvenes expuestos a situaciones de violencia.

Un suceso se configura como *traumático* cuando se quebrantan las defensas personales y se colapsa transitoriamente la estructura psíquica, esto puede ocurrir por la experimentación personal o por ser testigo de éste, y puede considerarse una respuesta normal y esperable de adaptación; sin embargo, cuando este colapso perdura es cuando puede configurarse un trastorno mental. Los síntomas que se asocian con la respuesta postraumática se presentan por lo menos en tres dimensiones: *1)* la reexperimentación de la vivencia traumática; *2)* las conductas de evitación y *3)* el estado de hiperalerta. Además, suelen presentarse cambios importantes en las creencias sobre el mundo, sobre sí mismo y sobre las demás personas, y a nivel emocional.[13]

Por otro lado, los trastornos depresivos

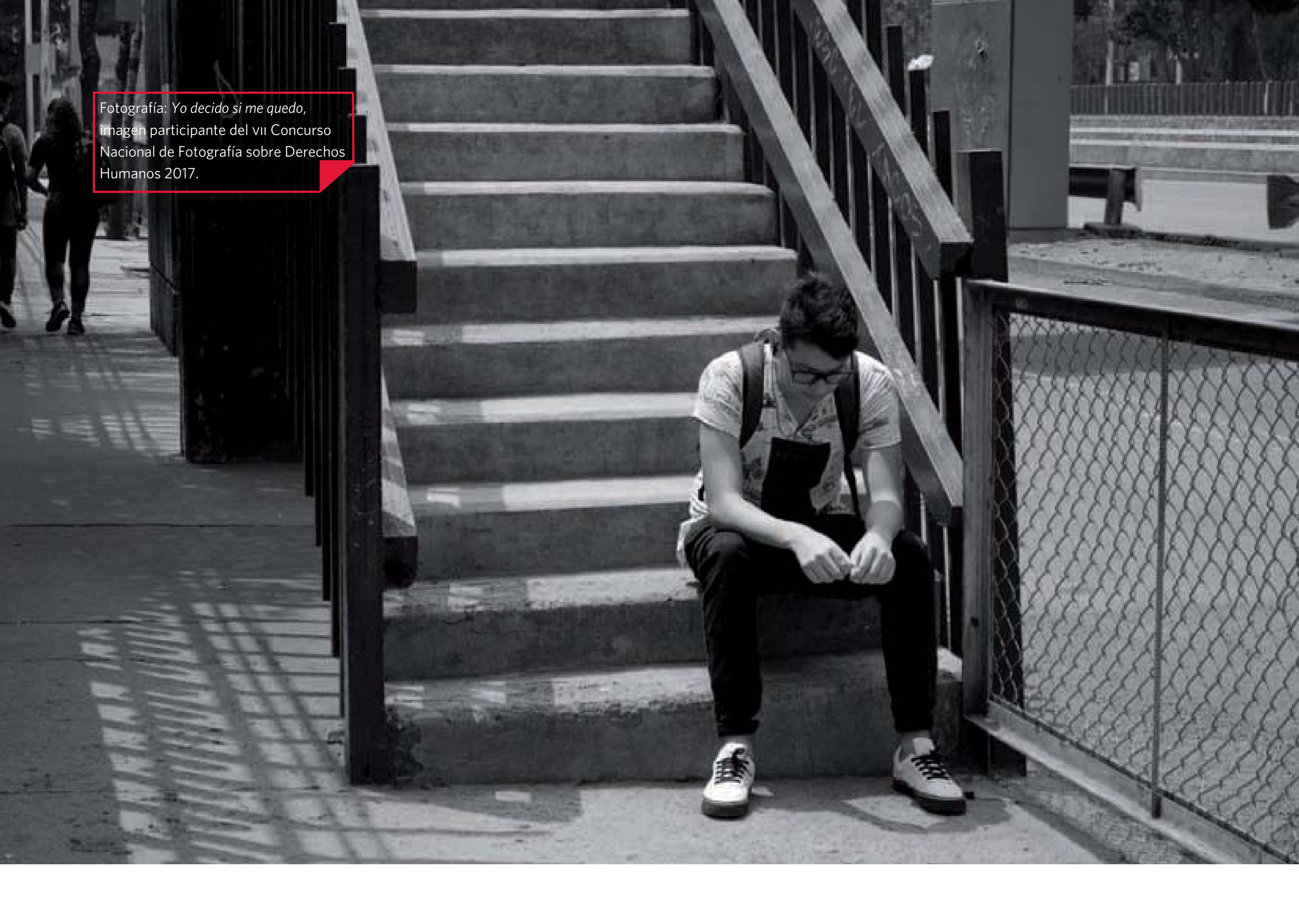
> incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) [...] Se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras.[14]

Los síntomas internalizados hacen referencia a uno de los tipos de dificultades emotivo-relacionales que pueden padecer los niños, las niñas y las y los jóvenes. Estas dificultades pueden expresarse como problemas en el comportamiento –o *externalizados*–, tales como agresión o irritabilidad, o como problemas emocionales –o *internalizados*– que pueden expresarse en preocupación, tristeza, miedo, dependencia y somatizaciones, entre otros síntomas.[15] Cabe señalar que éstos se han encontrado asociados con sintomatología depresiva e ideación suicida.

La revisión sistemática de Eva Alisic y otras y otros colaboradores[16] de 72 artículos sobre TEPT en niños, niñas y adolescentes, reporta que en general 15.9% lo desarrolla tras un suceso traumático, pero que varía según el sexo y tipo de trauma. Los niños lo presentan en una proporción menor, y se asocia a sucesos traumáticos no interpersonales, como accidentes (8.4%), mientras que las niñas lo reportan cuatro veces más (32.9%), y está asociado a sucesos interpersonales. En esta línea, el estudio de Mendoza Mojica y otras y otros colaboradores[17] realizado en tres municipios del Estado de México reporta que los estudiantes encuestados habían experimentado más golpizas y accidentes, mientras que las mujeres reportaron más hechos relacionados con violencia sexual. El hecho de ser mujer fue el factor que permaneció asociado a la sintomatología de estrés postraumático –después de controlar diversas variables– junto con el haber experimentado múltiples eventos, percibir el suceso experimentado como grave y que había generado cambios en la vida.

Los trastornos depresivos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras.

Existen diversas explicaciones a los hallazgos en torno a la menor asociación de TEPT en hombres que han experimentado sucesos traumáticos en comparación con las mujeres, además del tipo de hecho; entre éstas destaca la mayor probabilidad de que los hombres desarrollen más síntomas externalizados –de comportamiento– después de un trauma, y que las mujeres muestren más síntomas internalizados –depresión y ansiedad– en general y particularmente después de un trauma. También en las mujeres puede ocurrir que se presente una mayor autoculpabilización –sobre todo considerando que muchos ataques sexuales son cometidos en el contexto familiar o en relaciones íntimas–, que ellas evalúen de manera más grave la amenaza a la integridad personal o a la vida, o que experimenten mayor disociación y desregulación emocional.[18]



Fotografía: *Yo decido si me quedo,* imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos 2017.

Reflexión final

La violencia en todas sus manifestaciones, y en particular, la que ocurre en el ámbito comunitario, es un fenómeno que afecta a la sociedad entera. Incide de forma importante en las personas jóvenes, quienes son víctimas frecuentes de ésta. Desafortunadamente, se suele mirar a esta población desde una perspectiva adultocéntrica que destaca más atributos negativos que estigmatizan e, incluso, criminalizan sus expresiones culturales y sus modos de habitar el mundo.

La evidencia sugiere que el género debe considerarse en la investigación sobre la victimización juvenil y sus consecuencias, debido a que existen diferencias por sexo tanto en la prevalencia de diversos sucesos violentos como en el impacto que tienen en su salud mental. Por ello, se requiere explorar no solamente los factores de riesgo, sino los factores protectores y los de resiliencia que operan en unos y otras, con el fin de comprender diferencias y similitudes. Lo anterior posibilitaría el desarrollo de programas de intervención destinados a prevenir la victimización y revictimización, así como las consecuencias específicas a su salud mental.

La salud mental es un derecho humano que pocas veces se considera prioritario debido a la separación tradicional de ésta en relación con la salud física:

> A pesar de las pruebas evidentes de que no puede haber salud sin salud mental, esta última no goza en ningún lugar del mundo de condiciones de igualdad con la salud física en las políticas y presupuestos nacionales ni en la educación y la práctica médica. Se estima que, a escala mundial, se destina a la salud mental menos de 7% de los presupuestos de salud. En los países de bajos ingresos, se emplean en este ámbito menos de 2 dólares anuales por persona. La mayor parte de la inversión se dedica a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales psiquiátricos, lo que se traduce en una ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental para todos.[19]

A este desinterés se le puede agregar que son prácticamente inexistentes las políticas públicas en torno a la prevención y atención de la violencia en jóvenes, así como en torno a sus efectos físicos y mentales. La respuesta prevaleciente a la violencia ha sido la reacción y represión desde una perspectiva de seguridad que carece de una perspectiva de lo juvenil desde el género, la salud pública y los derechos humanos. Esta no es solamente es una necesidad, es una urgencia social. D

NOTAS

1 Arturo Ángel, "Homicidios en México alcanzan su nivel más alto en 2 años: un promedio de 55 asesinatos diarios", en *Animal Político*, 29 de marzo de 2016, disponible en <http://bit.ly/1TgkYHI>, página consultada el 27 de agosto de 2017.
2 INEGI, "Estadísticas a propósito del Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre). Datos nacionales", 23 de noviembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2gmodhK>, página consultada el 27 de agosto de 2017.
3 Aunque no se presenta un desglose por grupos de edad, basta señalar que la ENDIREH 2016 reporta un incremento significativo de la violencia física y sexual contra las mujeres de 15 años o más en comparación con la ENDIREH 2011, además una de cada cinco reportó violencia sexual en la comunidad en los últimos 12 meses, y una de cada 10 mujeres reportó haber experimentado abuso sexual infantil. *Véase* INEGI, "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados", 18 de agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/2vQAOBB>, página consultada el 26 de agosto de 2017.
4 "Todo acto o conducta de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, tanto si se produce en la vida pública como en la privada", así se define la violencia de género en Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), Brasil, 9 de junio de 1994, ratificada por México el 19 de junio de 1998.
5 *Véase* Organización Panamericana de la Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen*, Washington, D. C., OPS/OMS, 2002, disponible en <http://bit.ly/WrmOvv>, página consultada el 22 de agosto de 2017.
6 INEGI, "Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (Ecopred) 2014. Principales resultados", agosto de 2015, disponible en <http://bit.ly/2xKXSBB>, página consultada el 26 de agosto de 2017.
7 Cindy Mels y Lucía Fernández, "Violencia comunitaria en adolescentes desfavorecidos: exposición, impacto percibido y consecuencias psicológicas", en *Revista de Psicología*, 2015, año 1, vol. 24, disponible en <http://bit.ly/2vKLAHY>, página consultada el 25 de agosto de 2017.
8 Sarah W. Fairbrook, "The physical and mental health effects of community violence exposure in pre-adolescent and adolescent youth", en *Journal of Student Nursing Research*, año 1, vol. 6, 2013, disponible en <http://bit.ly/2x5NGGO>, página consultada el 26 de agosto de 2017.
9 Cindy Mels y Lucía Fernández, *op cit*.
10 Luciana Ramos Lira *et al.*, "Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud", en *Revista Salud Pública*, vol. 43, mayo-junio de 2001, pp. 182-191; y María Elena Medina-Mora *et al.*, "Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana", en *Salud Pública*, vol. 47, 2005, pp. 8-21.
11 Carlos Eduardo Farfán Chávez *et al.*, "Exposición a la violencia y su relación con la salud mental en estudiantes de educación media superior en Ciudad Juárez, México", en *European Scientific Journal*, año 10, vol. 13, 2017.
12 S. A. Mendoza Mojica *et al.*, "Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en una muestra de estudiantes del Estado de México", (aprobado para próxima publicación), en *Revista Salud Pública.*
13 *Véase* César Carvajal, "Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos", en *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, vol. 40, supl. 2, noviembre de 2002, pp. 20-34.
14 *Véase* Catalina González-Forteza *et al.*, "Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica", en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 72, núm. 2, marzo-abril de 2015, pp. 149-155.
15 *Véase* Psicólogos Infantiles Madrid. Centro de Psicología Madrid, "¿Qué es la internalización?", disponible en <http://bit.ly/2xzkjds>, página consultada el 27 de agosto de 2017.
16 Eva Alisic *et al.*, "Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis", en *The British Journal of Psychiatry*, vol. 4, núm. 204, 2014, pp. 335-340.
17 S. A. Mendoza Mojica *et al.*, *op. cit*.
18 Eva Alisic *et al.*, *op. cit*.
19 Organización de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017, disponible en <http://bit.ly/2xYz2Cb>, página consultada el 23 de agosto de 2017. Al respecto, cabe señalar que en México se destina sólo 2% del gasto en salud a la salud mental, del cual se dedica 80% para la operación de los hospitales psiquiátricos. El eje de atención es el tercer nivel, lo cual aumenta los costos del tratamiento, aleja las posibilidades de acceso a la mayoría de la población y evita fortalecer los establecimientos de salud ambulatorios.

Vigilará OEA procesos de impugnación contra la Constitución Política de la Ciudad de México

Ante las impugnaciones promovidas en contra de la Constitución Política de la Ciudad de México, interpuestas por la Procuraduría General de la República (PGR) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), Perla Gómez Gallardo, presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), comunicó a Luis Almagro Lemes, secretario general de la Organización de los Estados Americanos (OEA), la situación que guardan tales procesos judiciales y solicitó su intervención, en el ámbito de sus facultades, para que se hagan efectivos los avances en materia de derechos humanos en la ciudad.

En dicho documento, fechado el 3 de agosto de 2017, la CDHDF mostró al secretario de la OEA un breve panorama de los esfuerzos históricos por profundizar la democracia en la capital del país y sobre el proceso de reforma política de la ciudad, que tuvo como cúspide la instalación de la Asamblea Constituyente y en consecuencia la aprobación de la Constitución local.

De igual modo, se enfatizó que la entrada en vigor de dicha Constitución garantizará ampliamente el goce y ejercicio de derechos de las personas que habitan y transitan por la Ciudad de México, con un enfoque transversal desde las perspectivas de derechos humanos, género, interculturalidad, intergeneracional, diseño universal, derecho a la ciudad, participación ciudadana y derecho a la buena administración. Por ello, se le solicitó a Almagro Lemes dar seguimiento al asunto y, en su caso, pronunciarse.

En respuesta a esta petición, el 31 de agosto pasado, el secretario general de la OEA hizo saber a la CDHDF que tiene conocimiento del debate en curso en México respecto a la Constitución, y confirmó que la Organización pretende seguir monitoreando la situación en tanto se analizan las acciones de inconstitucionalidad ante la SCJN.

Desecha SCJN dos acciones de inconstitucionalidad

A cinco meses de que la Constitución Política de la Ciudad de México fuera impugnada por diferentes actores políticos e institucionales ante la SCJN, el máximo tribunal inició el análisis, el 14 de agosto pasado, de los recursos interpuestos por la PGR, referente a la consulta pública de las comunidades indígenas y las personas con discapacidad sobre la Constitución local; y la de los partidos políticos Movimiento de Regeneración Nacional (Morena) y el Partido Nueva Alianza, en materia electoral.

Según la propia SCJN, dio preferencia a estos temas pues, en el primer caso, de haber resultado fundada, se habría decretado la invalidez total de la Constitución y, en el segundo, la materia electoral es de estudio preferente, máxime que a través de las disposiciones impugnadas se elegirían a las nuevas autoridades de la Ciudad de México.

En la sesión del 14 de agosto pasado, las y los magistrados analizaron temas previos relacionados con la procedencia de los reclamos, como el planteado por el partido Morena, que señalaba que la Constitución recién publicada debió ser sometida a referéndum, así como el argumento del Partido Nueva Alianza referente a que la figura del Cabildo Ciudadano se constituía en una autoridad intermedia con las Alcaldías.

En ambos casos la SCJN consideró improcedentes los planteamientos por no guardar relación con la materia electoral, única especialidad sobre la cual los partidos políticos pueden iniciar una acción de inconstitucionalidad.

Asimismo, la SCJN consideró que la Asamblea Constituyente cumplió con el proceso legislativo que dio origen a la Constitución Política de la Ciudad de México, en específico sostuvo que sí se cumplió con la obligación constitucional de realizar consultas a los pueblos originarios de la ciudad y a las diversas asociaciones que representan a las personas con discapacidad.

Tras un intenso debate, las y los ministros emitieron su votación preliminar de seis votos contra cinco para desestimar la impugnación de la PGR, debido a que la dependencia solicitaba que no se diera por cumplido este requisito del procedimiento legislativo. Es así que el riesgo de que la Constitución local fuera invalidada quedó superado, pues la Corte no concedió la razón a dicho recurso de impugnación, ya que en la votación no alcanzó la mayoría absoluta de ocho votos para lograr su aprobación.

En la sesión del 15 de agosto pasado –por mayoría de votos– el Máximo Tribunal reconoció como válida la conformación del Congreso local, el cual se integrará por 33 diputadas y diputados de mayoría relativa y 33 de representación proporcional. El argumento central se basó en que las entidades federativas, incluida la Ciudad de México, pueden diseñar libremente la configuración de sus congresos y no están obligados a seguir el modelo federal.

Por su parte, en la sesión del 16 de agosto pasado, la SCJN validó el tope máximo de 40 diputados con el que puede contar un solo partido en el Congreso local por los principios de mayoría relativa y de representación proporcional, así como la integración de las listas de diputados por este último principio.

Igualmente, reconoció como válido el modelo de elección de las alcaldías, en donde cada concejal representará una circunscripción dentro de la demarcación territorial, pues la mayoría estimó que esto generaría una representación más amplia de la ciudadanía.

Declaratorias de inconstitucionalidad

Con votaciones mayoritarias, el Pleno de la Suprema Corte decretó la invalidez de los supuestos que actualizaban la nulidad de una elección en la Ciudad de México, pues la redacción del artículo relativo generaba incertidumbre al mezclar nuevas causales con las previstas expresamente en la Constitución federal, lo cual pudiera dificultar su aplicación.

También, por mayoría, se declaró inválido el artículo que preveía que los diputados del Congreso local solamente tendrían opción a reelegirse por una vez consecutiva, esto se consideró contrario a lo que establece el artículo 122 constitucional, ya que es categórico en señalar que para el caso de la Ciudad de México se debe establecer la posibilidad de que dicha reelección sea hasta por cuatro periodos. D



Fotografía: Organización de los Estados Americanos/Flirck.

Fuentes: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Boletín núm. 130/2017, "La Suprema Corte de Justicia de la Nación informa respecto a las acciones de inconstitucionalidad que se promovieron contra la Constitución Política de la CDMX que:", 17 de agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/2wUa3fy>; Constitución Política de la Ciudad de México, "Declara la Corte invalidez de causales de nulidad de elección y reelección legislativa en la Constitución CDMX", 17 de agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/2v5UWxz>; Constitución Política de la Ciudad de México, "Avala la Corte configuración del Congreso de la Ciudad de México", 15 de agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/2wbzHyN>, y CDHDF, oficio núm. CDHDF/OE/P/0387/2017, 3 de agosto de 2017, disponible en <http://bit.ly/2f58mV9>, todas las páginas consultadas el 5 de septiembre de 2017.



En la CDHDF *cuidamos tus derechos*

Emite CDHDF recomendaciones 6/2017 y 7/2017 relacionadas con inadecuada atención médica y violencia obstétrica

Por mala práctica e inadecuada atención médica a personas usuarias de los servicios de salud, así como violencia obstétrica, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) emitió las recomendaciones 6/2017 y 7/2017 a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa) como autoridad responsable.

En la Recomendación 6/2017, luego de la investigación que llevó a cabo este organismo público autónomo, se determinó la violación a los derechos humanos a la salud, a la integridad y a la vida, que corresponden a ocho expedientes de queja registrados de 2010 a la fecha.

El agravio fue cometido a ocho personas, entre ellas una adolescente de 17 años de edad y una niña de nueve años de edad, en los hospitales generales Dr. Enrique Cabrera, Balbuena, Tláhuac, Dr. Rubén Leñero y Xoco; Materno Pediátrico Xochimilco, y de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

Este organismo identificó que las violaciones a los derechos humanos mencionadas ocurrieron por diversas causas, entre ellas, dilación en la atención o en los procedimientos de diagnóstico de las enfermedades y lesiones de las personas agraviadas; omisión en realizar los estudios necesarios para la emisión de un diagnóstico integral o practicar los procedimientos quirúrgicos pertinentes.

Las violaciones también ocurrieron por la falta de disponibilidad de materiales, equipo instrumental y aparatos necesarios para la adecuada, oportuna y eficaz atención médica; tales circunstancias ocasionaron afectaciones irreversibles en la salud de dichas personas al perder órganos vitales, movilidad en tobillos, pérdida de dedos de una mano y en una de ellas, pérdida de la vida.

La Recomendación 6/2017 consta de 10 puntos recomendatorios, entre los que destacan: la indemnización integral a las personas agraviadas, considerando la situación específica de cada caso; acceso a programas sociales; atención médica y psicológica, la realización de una disculpa y el reconocimiento de responsabilidad de los hechos.

En la Recomendación 7/2017, tras concluir una investigación a partir de cinco expedientes de queja relacionados con casos de violencia obstétrica –registrados entre 2015 y 2016–, se percató que las mujeres recibieron atención médica prenatal y cursaban embarazos sin complicaciones aparentes. Sin embargo, fueron víctimas de violación a sus derechos humanos durante el parto o puerperio en su atención en el Centro de Salud de Cuajimalpa, el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, y los hospitales materno infantil Magdalena Contreras y Tláhuac, donde acudieron para recibir los servicios médicos que requerían por su estado de gravidez.

Este organismo determinó la violación a los derechos humanos, al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública, durante el embarazo, parto y puerperio; al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en relación con el derecho a la vida, y al derecho a la integridad personal.

De igual manera se identificaron deficiencias que generaron una inadecuada prestación de los servicios de salud y retraso en la atención de mujeres durante el parto, lo que ocasionó que una mujer y tres productos de la gestación fallecieran, así como la afectación a la integridad de un recién nacido.

Cabe mencionar que en seis recomendaciones anteriores, la CDHDF abordó esta misma problemática, siendo la más reciente la 3/2015 emitida a la Sedesa por la falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública de la Ciudad de México durante el embarazo, parto o puerperio.

La Recomendación 7/2017 consta de ocho puntos recomendatorios, entre los que destaca, la reparación y atención

integral a las víctimas, el cumplimiento de la Recomendación 3/2015 –puntos noveno, décimo, undécimo, décimosegundo y decimotercero– con el fin de que se pongan en marcha las acciones encaminadas a brindar una mejor atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

También se recomienda que en el Presupuesto Anual 2018 de la Sedesa se incluya una partida o rubro para que se contemplen los recursos públicos necesarios, con el fin de cumplir cabalmente con las reparaciones y medidas de no repetición. D

N. del E.: Ésta es una síntesis del instrumento recomendatorio que emite la CDHDF. Para conocerlo en su totalidad *véase* <http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2017/08/reco_0617.pdf.pdf> y <http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2017/08/reco_0717.pdf.pdf>.

RECOMENDACIONES 6/2017 y 7/2017

Recomendación/ Visitaduría General (VG) que emite/fecha de emisión	Caso	Tema	Derechos vulnerados*	Autoridades involucradas	Cuestiones relevantes
6/2017 3ra VG 31/agosto/2017	Mala práctica médica e inadecuada atención médica a personas usuarias de los servicios de salud en la Ciudad de México, que derivó en la afectación de su integridad personal, causándoles daños físicos y orgánicos irreversibles y, en un caso, la pérdida de la vida.	Mala práctica médica.	Derecho al disfrute del más alto nivel de salud, en relación con el derecho a la integridad personal y el derecho a la vida.	**Responsable**: Secretaría de Salud de la Ciudad de México. **Colaboradora:** Asamblea Legislativa del Distrito Federal.	El presente instrumento recomendatorio corresponde a ocho expedientes de queja registrados de 2010 a la fecha, en agravio de ocho personas, entre ellas una persona adolescente de 17 años de edad y una persona de nueve años de edad, en los hospitales generales Dr. Enrique Cabrera, Balbuena, Tláhuac, Dr. Rubén Leñero, Xoco; Materno Pediátrico Xochimilco y de Especialidades Dr. Belisario Domínguez. Las violaciones a los derechos humanos ocurrieron por diversas causas, entre ellas, dilación en la atención o en los procedimientos de diagnóstico de las enfermedades y lesiones de las personas agraviadas; omisión en realizar los estudios necesarios para la emisión de un diagnóstico integral o practicar los procedimientos quirúrgicos pertinentes. Asimismo, las violaciones también ocurrieron por la falta de disponibilidad de materiales, equipo instrumental y aparatos necesarios para la adecuada, oportuna y eficaz atención médica; tales circunstancias ocasionaron afectaciones irreversibles en la salud de dichas personas al perder órganos vitales, movilidad en tobillos, pérdida de dedos de una mano y en una de ellas, pérdida de la vida.
7/2017 3ra VG 31/agosto/2017	Inadecuada atención médica y violencia obstétrica en agravio de mujeres embarazadas que requieren servicios de salud pública en la Ciudad de México durante el parto y el puerperio, que además vulneró su derecho a la integridad personal y, en su caso, su derecho a la vida.	Materno infantil.	Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública, durante el embarazo, parto y puerperio. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en relación con el derecho a la vida. Derecho a la integridad personal.	**Responsable**: Secretaría de Salud de la Ciudad de México. **Colaboradora:** Asamblea Legislativa del Distrito Federal.	A raíz de la investigación de cinco expedientes de queja registrados por este organismo público autónomo entre 2015 y 2016 es que se emite la Recomendación 7/2017. En dichas quejas las mujeres recibieron atención médica prenatal y cursaban embarazos sin complicaciones aparentes. Sin embargo, fueron víctimas de violación a sus derechos humanos durante el parto o puerperio en su atención en: el Centro de Salud de Cuajimalpa, el Hospital General Dr. Enrique Cabrera y los hospitales materno-infantil Magdalena Contreras y Tláhuac, donde acudieron para recibir los servicios médicos que requerían dado su estado de gravidez. Asimismo, se identificaron deficiencias que generaron una inadecuada prestación de los servicios de salud y retraso en la atención de mujeres durante el parto, lo que ocasionó que una mujer y tres productos de la gestación fallecieran, así como la afectación a la integridad de un recién nacido.

* Se desglosan como fueron consignados en el documento recomendatorio.

Acciones de la CDHDF ante los sismos de septiembre en la Ciudad de México

Después de los sismos ocurridos el 7 y 19 de septiembre pasados en la Ciudad de México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) ha desarrollado diversas acciones de manera ininterrumpida para apoyar a las personas afectadas, así como a las y los familiares de las víctimas.

Este organismo ha impulsado la realización de más de 300 acciones, entre las que destacan la emisión de 21 medidas precautorias y dos alcances de medidas para salvaguardar los derechos de las personas que habitan y transitan en la Ciudad de México.

De igual manera, ha realizado 150 recorridos para verificar la situación específica en las zonas de rescate, entrega de víveres y documentación de la situación en distintos edificios afectados en su estructura; y, los apoyos foráneos que se concretaron en 16 salidas a los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos y Puebla.

Respecto de las medidas precautorias, entre las autoridades capitalinas señaladas se encuentran las jefaturas delegacionales, la Secretaría de Protección Civil y el Sistema de Aguas, entre otras. En ellas se solicitó brindar información a las personas afectadas y a las víctimas sobre los trabajos de rescate, verificar debidamente las condiciones de los inmuebles y hacer públicos los dictámenes estructurales, agilizar la identificación de cadáveres y adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho al agua en Xochimilco, Iztapalapa y Tláhuac, por mencionar algunos.

Sobre los oficios de colaboración, la CDHDF solicitó a las secretarías de Educación Pública federal (SEP) y local (Sedu) garantizar el derecho a la información de padres, madres y familiares, sobre los dictámenes de seguridad de las escuelas públicas y privadas, y las condiciones de los inmuebles. También se pidió con oportunidad a la delegación Coyoacán a través de su área de protección civil, el resguardo de las pertenencias de las personas que habitan el Multifamiliar de Tlalpan.

Al Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (Copred) se le solicitó que no existiera diferencia entre madres y padres servidores públicos, para dejar de asistir a sus centros laborales, en tanto sus hijas e hijos se reincorporaban a la escuela. A la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco) se le requirió verificar las acciones adoptadas para garantizar que no se incrementara el costo de los productos de la canasta básica a raíz del sismo.

Cabe destacar que, desde las primeras horas posteriores al sismo, la CDHDF ha realizado el monitoreo y documentación de las situaciones que pudieran implicar una violación a derechos humanos, desplegando para ello sus unidades ombudsmóviles, que además de trasladar a las y los visitadores, sirvieron en esta ocasión para acercar víveres y medicinas a aquellos lugares en que se requerían.

Dentro de las acciones específicas que se realizaron cada día, destaca el hecho de que el mismo 19 de septiembre, la CDHDF tuvo presencia en el colegio Enrique Rébsamen y en los edificios derrumbados en Gabriel Mancera y Eje 5, y Emiliano Zapata y Petén.

Al día siguiente se hizo un recorrido a distintos hospitales de la Ciudad y se mandaron camionetas con víveres al estado de Morelos. De igual forma se implementaron operativos en delegaciones como Xochimilco, Benito Juárez, Cuajimalpa, Milpa Alta y se visitó el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte. A algunos de estos sitios se llevaron bebidas y alimentos preparados por personal de la CDHDF.

El 21 de septiembre se continuó recibiendo acopio y se dio salida a la entrega de apoyo humanitario a Puebla, Morelos, Guerrero y Chiapas. De igual forma, visitadoras y visitadores recorrieron hospitales y acudieron al Instituto de Ciencias Forenses, así como a las zonas de rescate.

Para el siguiente día, el organismo entregó a las autoridades capitalinas los requerimientos de personas afectadas y pidió que se reforzara la información sobre la localización y rescate de víctimas e identificar los niveles de riesgo en edificios. Asimismo se acudió a la Junta Local de Conciliación y Arbitraje para atender la denuncia en redes sobre las condiciones del edificio y solicitar se difundiera con oportunidad el dictamen de seguridad de la construcción.

Paralelamente a estas acciones, salieron transportes de la CDHDF con acopio a Chilpancingo y Cuautla; se recorrieron hospitales y las zonas afectadas en la Del Valle, Tlalpan, Lindavista, Álamos, Cuauhtémoc, La Viga, Álvaro Obregón y Chimalpopoca. Se hicieron también operativos específicos al multifamiliar de Tlalpan, Sierravista y Coquimbo, Álvaro Obregón 286, Gabriel Mancera y Escocia.

El 23 de septiembre se regresó a los edificios afectados de Álvaro Obregón 286, Multifamiliar Tlalpan, División del Norte y Zapata, y un campamento en Cuauhtémoc; se visitó el Instituto de Ciencias Forenses, el Tribunal

Superior de Justicia de la Ciudad de México (TSJCDMX), y se envió acopio a Guerrero.

Nuevamente se envió acopio a Tláhuac, Tlalpan y Xoxocotla, en Morelos, el 24 de este mes. Se recorrieron las construcciones de Sierravista y Coquimbo, en Lindavista; el Multifamiliar de Tlalpan; Álvaro Obregón 286; y Escocia y Gabriel Mancera.

Para apoyar a vecinas y vecinos en zonas afectadas con el propósito de que se cumplan las peticiones de las víctimas, el 25 de septiembre se hicieron acompañamientos en Coquimbo, Multifamiliar de Tlalpan, colegio Enrique Rébsamen y edificio de Álvaro Obregón 286.

El 26 de septiembre la CDHDF envió víveres a Morelos, se acompañaron las reuniones que sostuvieron personas afectadas y autoridades; se enviaron visitadoras y visitadores al TSJCDMX y se acompañó a las víctimas de Álvaro Obregón 286 en las dos sesiones informativas efectuadas con autoridades.

Al día siguiente se llevaron a cabo visitas a diversos domicilios de las colonias Buenavista, Asturias, Doctores, Centro, al edificio de Álvaro Obregón 286; de igual forma se acudió el albergue instalado en el deportivo Benito Juárez y se llevó acopio a Chilpancingo, Guerrero.

El 28 de septiembre se acompañó la recuperación de objetos de personas afectadas en el multifamiliar de Tlalpan y en ese sitio se estuvo presente en la sesión informativa con familiares de víctimas. Visitadoras y visitadores acudieron al perímetro de Álvaro Obregón 286 y se recorrieron edificios para identificar necesidades específicas de las personas afectadas.

El 29 de septiembre se acudió en dos ocasiones a la zona de rescate de Álvaro Obregón 286, se visitaron albergues de Iztacalco y Tláhuac y, se verificó la situación de los residuos en la zona de la Alberca Olímpica para constatar la no afectación a la salud de las personas.

Finalmente, el sábado 30 de septiembre, al cumplirse 12 días del sismo, la CDHDF mantuvo presencia en la zona de Álvaro Obregón. Los siguientes días se continuarán las acciones de verificación de albergues y la atención de personas en edificios dañados. D



Fotografía: Archivo/CDHDF.

Se presenta en la CDHDF el Censo de Poblaciones Callejeras 2017

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) fue sede de la presentación de los resultados preliminares del Censo de Poblaciones Callejeras 2017 que logró contabilizar a 4 354 personas que viven y sobreviven en las calles de la Ciudad de México y 2 400 personas que habitan en albergues públicos y privados.

Durante el evento, Perla Gómez Gallardo, presidenta de la CDHDF, señaló que para este organismo resulta fundamental avanzar en una ley que proteja, cambie su situación y defienda los derechos humanos de las poblaciones callejeras desde el enfoque de derechos.

Asimismo, expresó que dicho censo, sumado al Protocolo Interinstitucional de Atención a Personas en Riesgo de Vivir en Calle e Integrantes de las Poblaciones Callejeras de la Ciudad de México, permitirá visibilizar las difíciles condiciones de estos grupos de población y adecuar en clave incluyente los programas vigentes.

Estos indicadores, dijo Gómez Gallardo, posibilitarán desde las instituciones públicas y los organismos protectores de derechos humanos romper el silencio y garantizar el ejercicio pleno de derechos de las poblaciones que históricamente han estado fuera de la agenda prioritaria de los asuntos públicos en nuestro país. Destacó también el hecho de que la metodología aplicada en el censo es la primera experiencia que apuesta por el reconocimiento de las características particulares de la movilidad, composición y dinámicas propias de las poblaciones callejeras.

En la presentación de resultados preliminares del Censo de Poblaciones Callejeras 2017, a cargo de José Ramón Amieva Gálvez, secretario de Desarrollo Social de la Ciudad de México, se contó también con la asistencia de Leonel Luna Estrada, presidente de la Comisión de Gobierno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF); Jacqueline L´Hoist, presidenta del Consejo para Prevenir la Discriminación; María del Rosario Tapia Medina, directora general del Instituto para la Prevención y Atención de las Adicciones; Héctor Maldonado San Germán, director general del Instituto de Asistencia e Integración Social, así como de los titulares de las organizaciones de la sociedad civil Ednica, I. A. P., El Caracol, A. C., y Comenta, A. C.

En su oportunidad, José Ramón Amieva Gálvez mencionó que el Censo de Poblaciones Callejeras es una instancia para el seguimiento de las políticas públicas y servirá institucionalmente –bajo la rectoría de la ALDF y la CDHDF, así como de organizaciones civiles– para generar un instrumento complementario a las disposiciones de la Constitución Política y al Protocolo de Atención a Poblaciones Callejeras de esta Ciudad.

Dentro de la información socializada por el secretario de Desarrollo Social, destaca que 87% de las personas censadas son hombres y casi 13% son mujeres. Además, 39% está en situación de calle por problemas familiares y 28% debido a condiciones económicas o desempleo. En estas cifras preliminares se encontró que 100% de las personas en situación de calle refieren alguna adicción, sobresaliendo con mayor porcentaje al alcohol con 39%, al tabaco con 32% y 29% refirió otras drogas, principalmente inhalantes (34%) y marihuana (27 por ciento). D



Fotografía: Alejandro Cuevas/CDHDF.

Campaña Acciones por la defensa de la Constitución Política de la Ciudad de México



Fotografía: Alejandro Cuevas/CDHDF.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal –en el marco de las acciones de inconstitucionalidad que discute la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) sobre sus alcances y preceptos plasmados en la Constitución Política de la Ciudad de México– inició una campaña integral en defensa de los derechos humanos tutelados en el texto constitucional local.

Durante el Foro Por la defensa de la Constitución Política de la Ciudad de México, Perla Gómez Gallardo, ombudsperson capitalina, afirmó que se informará a las personas que viven y transitan en nuestra ciudad, sobre las acciones de inconstitucionalidad que se impugnaron de la Constitución local y cómo pueden afectar a los derechos humanos contenidos en ella.

Explicó que se deben conocer los alcances de este proceso jurídico contra la Constitución local que impacta directamente el ejercicio de los derechos de todas las personas y en particular de los grupos de atención prioritaria. Consideró necesario despertar la indignación social para convertirla en una revolución ciudadana por los derechos humanos, porque el embate es real y puede haber retrocesos.

Dijo que en octubre se perfila en la SCJN la discusión fundamental sobre la Carta de Derechos, por lo que desde el 3 de agosto, el secretario general de la Organización de Estados Americanos tiene conocimiento del debate que se está dando en la Ciudad de México.

En tanto, Alejandro Encinas Rodríguez afirmó que la Constitución Política de la Ciudad de México crea un nuevo constitucionalismo en el país en donde el eje rector no es la autoridad, ni los partidos políticos, sino las personas, la dignidad humana y el derecho pleno de todas y todos a gozar y ejercer sus derechos humanos. Sin embargo, lo que incomoda es que se hayan incluido mecanismos para que las personas los hagan exigibles y justiciables.

En dicho Foro –el cual marcó el inicio de esta Campaña– participó Alejandro Encinas Rodríguez, presidente de la Asamblea Constituyente y senador; Marcela Lagarde y de los Ríos, presidenta de la Comisión Carta de Derechos de la Asamblea Constituyente; Juan Ayala Rivero, diputado constituyente y presidente del Sindicato Único de Trabajadores del Gobierno de la Ciudad de México; Gabriela Rodríguez, diputada constituyente; representantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y de la Consejería Jurídica y de Servicios Legales capitalina; así como de las organizaciones: Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria, O. P., A. C.; REDAM, A. C.; Afrodescendencias en México. Investigación e Incidencia, A. C.; Clóset de Sor Juana, A. C.; Fundación Arcoíris, A. C., y Afluentes, S. C.

La Campaña por la defensa de la Constitución de la Ciudad de México será difundida a través de infografías en redes sociales, talleres informativos, jornadas territoriales y rotulación de bardas distribuidas en calles de las 16 delegaciones. D

CIDH presenta el Informe sobre medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva



Fotografía: Christian Ibeth Huerta/CDHDF.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) presentó el 7 de septiembre su Informe sobre medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva en las Américas; esto en el marco del Seminario sobre estándares interamericanos en igualdad, no discriminación, justicia y derechos humanos, realizado en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La presentación estuvo a cargo del comisionado James L. Cavallaro, relator sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad. En ese espacio señaló que el informe se enfoca en el uso excesivo de la prisión preventiva que se ha constatado en el continente. Lo anterior debido a que, en la región, los países presentan dentro de sus poblaciones penitenciarias 36.3% de personas en prisión preventiva; no obstante, hay algunos Estados en los que el porcentaje se

eleva hasta 60% o más. Esta situación incide en problemas como el hacinamiento y los desafíos en la readaptación de las personas privadas de la libertad.

Ante el escenario descrito, este estudio plantea que es viable reducir la aplicación de esta medida en la región, para lo cual se requiere de la voluntad política de los Estados.

El comisionado subrayó que, de acuerdo con las obligaciones delineadas en la normativa interamericana, la prisión preventiva es admisible únicamente como medida cautelar penal cuando no puede ser evitada, de manera razonable, la posibilidad de una fuga o el entorpecimiento de la investigación.

Cabe mencionar que la información con la que se integró este informe, a partir de la cual se generaron las recomendaciones que en él se encuentran, se obtuvo de visitas de trabajo; conversatorios; consultas regionales; audiencias públicas; cuestionarios públicos remitidos por los Estados; organismos autónomos; organizaciones de la sociedad civil y academia; reuniones con expertos y expertas en la materia; el sistema de casos y medidas cautelares, y otras fuentes secundarias.

En su segundo capítulo, el informe aborda los desafíos y avances que se han detectado a partir de lo planteado en el *Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas*, publicado en 2013. Por consiguiente, se profundiza en las medidas legislativas, administrativas y judiciales adoptadas, así como en la erradicación de la práctica como pena anticipada. En ese sentido, se destacaron como algunos de los desafíos: políticas de mayor encarcelamiento relacionadas con los discursos de "mano dura" contra la delincuencia –especialmente cuando es en materia de drogas–; control disciplinario en contra de las y los jueces que aplican medidas alternativas; disparidades entre las defensorías públicas y las fiscalías; falta de coordinación interinstitucional, entre otras.

Por su parte, en el tercer capítulo se ahonda en las medidas alternativas; considerando que éstas tienen como beneficios evitar la desintegración familiar, reducir la reincidencia, evitar desventajas procesales, por mencionar algunas. De igual manera, se explican ciertas medidas como los mecanismos electrónicos de seguimiento, los procesos de justicia restaurativa y los programas de tratamiento de drogas bajo la supervisión judicial.

El cuarto capítulo trata otras medidas que buscan la reducción del uso de la prisión preventiva, como son: la revisión periódica de las personas en tal situación, las acciones para que las audiencias sean realizadas dentro o fuera del centro de detención, y la posibilidad de llevar a cabo audiencias previas para determinar si es procedente o no la aplicación de esa medida cautelar penal.

El quinto capítulo se aboca al análisis de las afectaciones desproporcionadas que las mujeres y otros grupos en situación de vulnerabilidad sufren en el contexto descrito. Ello porque el sistema no fue pensado en función de estos grupos, sino en razón del hombre, heterosexual y sin discapacidad. Por tal motivo, las mujeres y las personas en situación de vulnerabilidad enfrentan condiciones más precarias; las cuales resultan en consecuencias severas tanto para las personas privadas de su libertad, como para sus familias.

Es importante destacar que, por primera vez, este informe que emite la CIDH, a través de la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad, contiene la Guía práctica para reducir la prisión preventiva. Este documento pretende ser una herramienta que facilite la implementación de las recomendaciones y conclusiones contempladas en el capítulo sexto de dicho informe. Es así que la guía se encuentra enfocada principalmente a las autoridades de los tres poderes, así como a los ministerios públicos, defensorías públicas y sistema penitenciario. No obstante, también contempla a actores como sociedad civil, personas procesadas y excarceladas.

Así pues, la guía –que pretende suscitar un cambio en el paradigma dominante– da una orientación conforme a los estándares internacionales sobre el diseño, implementación y seguimiento de las acciones tendientes a reducir la aplicación de la prisión preventiva. De tal forma que se enfoca en las siguientes medidas: *a)* generales respecto a las políticas de los Estados, *b)* alternativas a ser aplicadas; *c)* otras vinculadas a la celeridad procesal y audiencias, y *d)* sobre la incorporación de la perspectiva de género y enfoques diferenciados.

Es así que con este informe la CIDH, si bien reconoce las buenas prácticas que se han implementado en los Estados, también los insta a que realicen las acciones necesarias para que las recomendaciones hechas sean efectivas. Ello con el objetivo de que la aplicación de la prisión preventiva en la región se lleve a cabo de manera excepcional, tomando en cuenta los principios de la presunción de inocencia, legalidad y proporcionalidad.

Por último, es necesario apuntar que el informe y la guía práctica pueden ser consultados y descargados en formato electrónico en las siguientes ligas: <http://bit.ly/2gPfyIR> y <http://bit.ly/2wkDAhf>, o en la página web de la CIDH, en el apartado de "Informes temáticos".



métodhos

Revista de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la CDHDF



CONVOCATORIA

Con el propósito de contribuir al estudio, investigación y difusión en materia de derechos humanos, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) convoca a aquellas personas académicas, investigadoras, docentes, estudiantes, o bien, a cualquier otra interesada; a presentar artículos inéditos para su publicación en la revista electrónica semestral de investigación aplicada en derechos humanos: *Métodhos*, la cual tiene entre sus objetivos:

- Fomentar, a través de distintos mecanismos, la generación de investigaciones puntuales sobre el respeto, la garantía y el ejercicio de los derechos humanos desde una perspectiva crítica y analítica.
- Promover el estudio y la investigación de los derechos humanos, a partir de la generación de conocimiento científico que permita fortalecer el trabajo de defensa, promoción y protección de los derechos humanos.

Para la presentación de los artículos, las y los participantes se sujetarán a las siguientes

BASES

PRIMERA. "Destinatarias y/o destinatarios"
Podrán participar aquellas y aquellos profesionales, académicos e investigadores, especialistas, estudiantes, y en general cualquier persona interesada en temas asociados a la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos.

SEGUNDA. "Temas generales"
Con la finalidad de contribuir a los objetivos de la revista, se considerarán preferentemente a aquellos artículos que versen sobre temáticas que impliquen investigación aplicada en derechos humanos.

TERCERA. "Líneas de investigación"
Para conocer las líneas de investigación en las que puede basar su artículo, consulte la versión completa de esta Convocatoria.

CUARTA. "Criterios de selección"
Los textos recibidos tendrán una valoración previa por parte del Comité Editorial, el cual seleccionará los artículos que serán sometidos al arbitraje de dos especialistas en la materia, asegurando la confidencialidad de la o el autor. Las y los dictaminadores analizarán que los trabajos se apeguen a los elementos establecidos en la Política Editorial de la revista.

QUINTA. "Requisitos de presentación de artículos"
Los artículos deberán ser presentados de acuerdo con los requisitos formales establecidos en la Política Editorial de la revista *Métodhos*.

SEXTA. "Presentación de artículos"
Los artículos deberán remitirse al correo electrónico: revistametodhos@cdhdf.org.mx. El correo electrónico deberá contener los elementos referidos en la Política Editorial de la revista *Métodhos*.

SÉPTIMA. "Plazo de presentación"
Los artículos se reciben durante todo el año. Los artículos que se reciban por lo menos un mes del cierre de cada edición, y cuya dos dictaminaciones sean positivas, formarán parte del número próximo inmediato.

OCTAVA. "Selección de artículos"
Una vez cumplidas las etapas de dictaminación referida en la Política Editorial, el Comité Editorial aprobará e integrará la lista de artículos que formarán parte de la publicación de la revista.

NOVENA. "Propiedad intelectual"
El envío de artículos para su dictaminación correspondiente, implica la autorización de las y los autores para su publicación.

*Para visualizar la versión completa de esta Convocatoria, así como la Política Editorial de la revista electrónica *Métodhos*,
consulte la página web http://revistametodhos.cdhdf.org.mx/ y para mayor información comuníquese al teléfono 5229 5600, ext. 2207,
o escriba al correo electrónico revistametodhos@cdhdf.org.mx



En la CDHDF
cuidamos tus derechos

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Oficina sede
Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F. Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

Sur
Av. Prol. Div. del Norte 815, col. Jardines del Sur,
del. Xochimilco, 16050 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1755

Benita Galeana
Campesinos 398, col. Santa Isabel Industrial,
del. Iztapalapa, 09820 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1754

Biblioteca Norma Corona Sapién
Av. Universidad 1449, edificio B, planta baja,
col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1833







